



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología
Escuela de Postgrado
Magíster en Psicología Clínica de Adultos

**ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO DE LOS TERAPEUTAS DE
ORIENTACIÓN SISTÉMICA PARA EL TRABAJO CON ADOLESCENTES
ANTE DIFICULTADES EN PSICOTERAPIA.:
UN ANÁLISIS DESDE EL RELATO DE LOS TERAPEUTAS QUE TRABAJAN EN
ATENCION PRIMARIA DE SALUD MENTAL**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos
Línea Sistémico-Relacional

PS. JUAN PABLO ROJAS VARGAS

PROFESOR GUÍA: RODRIGO MORALES MARTÍNEZ

SANTIAGO, Marzo de 2013.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo realizar un análisis de las estrategias de los terapeutas de orientación sistémica que trabajan con adolescentes ante las dificultades en psicoterapia en el contexto de la atención primaria de salud. Para ello, basado en una epistemología comprensivo-hermenéutica y un enfoque teórico metodológico basado en la teoría fundamentada, se realizó un análisis interpretativo de contenido o análisis estructural a entrevistas realizadas a cinco terapeutas sistémicos que trabajan en atención primaria respecto de cuáles son las dificultades que tienen en el trabajo psicoterapéutico con adolescentes y cuáles son las estrategias que ellos despliegan frente a éstas dificultades.

Los resultados de ésta investigación permitieron examinar la práctica terapéutica contemporánea en el contexto de la atención primaria de salud.

Palabras Claves: dificultades en psicoterapia sistémica, estrategias terapéuticas, atención primaria en salud con adolescentes.

Dedico este trabajo a mi familia y seres queridos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia (muy especialmente a mis padres y a mi polola), profesores, amigos, colegas y todos los que me han apoyado en la realización de este trabajo y en este largo camino de formación profesional. A todos ustedes muchas gracias.

ÍNDICE

	PÁG.
I. INTRODUCCIÓN	5
II. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
III. RELEVANCIA DEL PROBLEMA	15
1. Relevancia Teórica	
2. Relevancia Metodológica	
IV. OBJETIVOS	19
V. MARCO TEÓRICO	
1. Historiografía de la terapia sistémica: una revisión desde la evolución teórica y práctica	20
2. Adolescencia y subjetividad del consultante	42
3. Trabajo terapéutico en servicios de salud públicos	71
VI. METODOLOGÍA	89
1. Dimensión epistemológica de la investigación	89
2. Enfoque teórico metodológico	90
3. Diseño metodológico	91
4. Descripción del tipo y características de la muestra	92
5. Técnica de producción y análisis de datos	94
6. Procedimiento de análisis de la información	97
VII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	99
1. Descripción de los resultados	99
2. Discusión de los resultados	146
VIII. SÍNTESIS Y REFLEXIONES	164
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	166
X. APÉNDICES (pauta entrevista, consentimiento, transcripciones)	

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación propone un análisis de las estrategias de enfrentamiento de los terapeutas de orientación sistémica para el trabajo con adolescentes ante las dificultades en psicoterapia en el contexto de atención primaria de salud mental. Durante este proceso de investigación se realizará un análisis que, a partir del relato de los terapeutas participantes, permita dar cuenta de las estrategias y dificultades que se generan en su práctica terapéutica en atención primaria.

Para lograr esto, se ha convocado a un grupo de profesionales psicólogos, que comparten ciertas características comunes como su orientación y formación teórica en psicoterapia sistémica y su desempeño laboral en contextos de atención de atención primaria de salud en atención psicoterapéutica con adolescentes.

Este trabajo con un marco teórico que permitirá tener un soporte que facilite la comprensión y análisis del sujeto en estudio. Uno de los temas que se abordarán en el marco teórico será una historiografía de la terapia sistémica donde encontraremos algunos elementos epistemológicos, teóricos y técnicos de la psicoterapia sistémica, que sin duda logran ser un referente que contribuya al proceso de análisis y a la discusión en ésta investigación. El otro tema que se dará revisión será en relación a la adolescencia como una etapa dentro del ciclo vital del ser humano, la cual se caracteriza por diversos cambios a nivel individual, familiar y social, todo esto es con el objeto de contextualizarnos en la comprensión de los fenómenos que ocurren en la adolescencia. En el último tema al cual se dará una revisión será al trabajo terapéutico en los centros de salud familiar, el cual nos permitirá tener un acercamiento al modelo de salud integral que actualmente opera en los servicios de salud y a la integración del plan de salud mental y psiquiatría en atención primaria de salud.

La metodología utilizada –teoría fundamentada- permite que la teoría se plantee como un proceso vivo y en construcción, lo cual contribuye al avance de la teoría sobre nuevas zonas de sentido sobre la realidad en estudio, mediante sus distintos procesos de

codificación que permitan relato de los terapeutas en relación a las estrategias y dificultades en psicoterapia, una mayor estructura que permita enriquecer el análisis.

Es importante mencionar que las investigaciones acerca de las estrategias frente a las dificultades en psicoterapia en psicoterapia, son escasos. Algunos que se acercan como una “Revisión teórica de las dificultades en psicoterapia: un modelo ordenador”. En este estudio se realiza una revisión teórica de los conceptos asociados a dificultades en psicoterapia desde diferentes perspectivas y niveles de análisis para finalmente hacer una discusión acerca de las implicancias clínicas, teóricas y metodológicas del estudio de las dificultades en psicoterapia (Herrera et al., 2009). Este artículo (que ha sido tomado como referencia para esta investigación), si bien permite establecer un modelo ordenador en relación a las dificultades en psicoterapia, no aborda contenidos como la respuesta de los terapeutas ante éstas dificultades (probablemente por ser un objetivo fuera del interés de su investigación) o el contexto terapéutico particular donde se realiza esta investigación que en este caso es la atención primaria de salud. Sin embargo, estudios como el autor en mención, nos permite reflexionar y quizás concluir que el estudio de las dificultades (y por ende las estrategias) en psicoterapia es un tema de actualidad en investigación en psicología clínica.

Por lo tanto, para efectos de esta investigación resulta interesante abordar este espacio vacío existente en el estudio de las dificultades y estrategias en psicoterapia, con la finalidad de poder construir y aportar a nivel teórico y práctico que permita otorgar una comprensión mayor del operar de terapeutas sistémicos que trabajan en contextos de atención que en este caso es el de atención primaria.

A continuación se revisarán antecedentes del problema, además de la formulación del mismo, junto a los contenidos relacionados a la relevancia de este trabajo. En este sentido, se remarcarán en detalle aquellos aspectos teóricos y prácticos que motivan este trabajo y la forma de plantearlo desde una mirada cualitativa. Respecto a las relevancias de éste trabajo se mencionarán no solo aquellas ligadas al aporte teórico que este estudio puede tener, sino que las ventajas de utilizar una metodología particular como el uso de la teoría

fundamentada para abordar el tema. Como ya se mencionó, posteriormente se desarrollarán los aspectos centrales del marco teórico, los cuales bajo la perspectiva metodológica desarrollada, constituyen un soporte textual que permitirá establecer un diálogo con el análisis en diversos momentos de la investigación. Luego de esto se detallará el marco metodológico de esta investigación, especificando la epistemología comprensivo-hermenéutica a la base, el enfoque teórico ya mencionado relacionado a la teoría fundamentada, el diseño cualitativo y los instrumentos de producción y análisis de datos que son la entrevista estructurada y el análisis interpretativo de contenido o análisis estructural. Finalmente se presentarán los resultados, síntesis y discusiones, que se espera que enriquezcan la perspectiva del lector. Se consideran anexos al final del trabajo, que podrán ser revisados y que constituyen material fundamental para el soporte de este proyecto.

II. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En este trabajo se abordarán algunos temas que contribuyan a tener un acercamiento a la práctica terapéutica contemporánea con adolescentes, específicamente en relación a las dificultades que se pueden presentar en este contexto y respecto de cuáles son las estrategias que utilizan los terapeutas como respuesta frente a las mismas, en atención primaria de salud mental.

En este sentido, dentro del marco teórico del presente estudio se revisarán antecedentes en torno a la adolescencia, como una etapa dentro del ciclo vital del ser humano, la cual se caracteriza por diversos cambios a nivel individual, familiar y social que hacen de esta etapa un proceso complejo tanto para el propio adolescente como para el entorno que lo rodea.

En relación a la salud mental del adolescente, se expondrán datos estadísticos que evidencian la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos que aparecen en este período y por ende, la importancia de la atención primaria de salud, y de la psicoterapia sistémica como una posibilidad de intervención para dar respuesta a estas problemáticas.

En psicoterapia existe lo que señalan diversos autores como dificultades o “momentos difíciles” (Herrera, Fernández, Krause, Vilches, Valdés & Dagnino, 2009). Ante esto es importante que los terapeutas puedan generar estrategias que les permitan dar respuesta a estos momentos y así poder contribuir al cambio terapéutico y al logro de los objetivos esperados en la terapia.

Estos antecedentes teóricos constituyen la base para la comprensión de la formulación del problema, según se detalla a continuación.

Desde la psicología del desarrollo, se concibe la adolescencia como una etapa caracterizada por cambios a nivel físico, psicológico y social, respecto a la etapa anterior o infancia, que

le permiten alcanzar la madurez propia de la etapa evolutiva siguiente, es decir, la adultez (Papalia, Olds & Feldman, 2005).

Respecto a los cambios físicos, el adolescente experimenta un crecimiento corporal significativo, así como emergen los caracteres sexuales primarios y secundarios. A la base de estos procesos, se encuentran los cambios hormonales asociados a esta edad. Asimismo ocurren una serie de cambios neurobiológicos, con efectos significativos en la cognición, en lo social y en el desarrollo emocional. (Papalia et al., 2005; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2002).

En relación al ámbito socio-emocional del adolescente, la búsqueda de identidad se considera como uno de los ejes centrales que guían este ámbito del desarrollo. El adolescente orientará sus acciones a conocerse en relación a diversas áreas de interés de modo de elegir finalmente aquellas que serán parte de su identidad vocacional, social, moral, ideológica, sexual y emocional (Papalia et al., 2005). Debido a que los adolescentes deberán enfrentarse a cambios y resolver distintos tipos de tareas, la autoestima, o valoración de sí mismos, también podrá presentar fluctuaciones, incidiendo en su proceso de búsqueda de identidad (Havighurst, 1972, citado por Parra, 2005).

En relación al ámbito escolar, Parra (2005) plantea que existen diferentes estudios que concluyen que el paso de los adolescentes a la educación secundaria es un momento de transición que genera desajustes en muchos de ellos, y que cursa con una menor motivación e interés hacia las materias escolares, llegando a generar incluso una disminución en el desempeño académico.

Todos estos cambios y algunos otros, no sólo tienen un impacto en el propio adolescente sino que también en su sistema familiar. Es por esto que es importante, al momento de analizar los cambios del adolescente, el comprenderlos desde una mirada sistémica que permita contemplar de una manera global el proceso de desarrollo en el adolescente y en su grupo familiar. En este sentido, dichos cambios requerirán por parte de la familia de un proceso de adaptación, ya que los cambios cognitivos, físicos y emocionales antes

mencionados, contribuirán a que se genere un estado de desequilibrio del sistema, que lo hace especialmente inestable y sensible, facilitando u obligando (en algunos casos) nuevas formas de funcionamiento (Granic, Dishon & Hollestein, 2003, citado por Parra, 2005). Este período suele implicar un tiempo complejo en el que no es extraño la aparición de riñas y conflictos.

En síntesis, los cambios que comienza a vivir el adolescente tanto a nivel individual, familiar, escolar y social, desafían a la organización y despliegue de una serie de procesos adaptativos y homeostáticos que contribuyen a la generación de un proceso de crecimiento saludable en el adolescente (Ministerio de Salud [MINSAL], 2009). Sin embargo, en algunas ocasiones estos mecanismos de adaptación no resultan ser suficientes para lograr la mantención del equilibrio del sistema generando así el riesgo de un proceso de crecimiento poco saludable y más propenso o riesgoso a la aparición de enfermedades o malestar.

En este sentido, resulta relevante mencionar que la prevalencia de problemáticas y enfermedades de salud mental tienden a un aumento a nivel mundial. Estadísticas mundiales indican que el 20% de los adolescentes padecen de problemas de salud mental. Específicamente, la depresión es el cuadro clínico que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad, y el suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años de edad (UNICEF, 2009).

Es importante considerar también que unos 71.000 adolescentes comenten suicidio anualmente y una cifra 40 veces mayor lo intenta. Alrededor de la mitad de los cuadros psiquiátricos comienza antes de los 14 años y el 70% antes de los 24. La frecuencia de estos cuadros también ha ido en aumento en los últimos 20 y 30 años. Este aumento se atribuye a diferentes factores tales como: malos tratos en la infancia, violencia familiar, escuela y vecindario, exclusión social, toxicomanía en progenitores, desastres, entre otros (UNICEF, 2009).

Al analizar estadísticas nacionales, la prevalencia en la vida de los principales trastornos psiquiátricos en Chile es de un 36%. Los principales cuadros diagnósticos son: agorafobia (11.1%), depresión mayor (9%), distimia (8%), y la dependencia al alcohol (6.4%) (Minoletti & Zaccaria, 2005). Específicamente en población adolescente, se encuentra que los trastornos de alimentación, depresión, consumo problemático de alcohol y drogas, tabaquismo, y violencia, que afectan a alrededor de un 20% de los adolescentes del país (MINSAL, 2009).

El Ministerio de Salud de Chile, entidad que considera la salud mental como una problemática de la población, comenzó en la década del noventa a desarrollar planes y acciones dirigidas a la salud mental. Así, a comienzos del 2000 se implementó el Plan de Salud Mental y Psiquiatría, que implica el desarrollo de un modelo de atención centrado en las personas que se ven afectadas por problemas de salud mental y en sus entornos, el cual busca favorecer estilos de vida saludables para la convivencia social mediante una estrategia de participación social e intersectorialidad. Siguiendo esta línea, en el caso de los adolescentes se ha puesto énfasis en reflexionar y poner atención acerca de la importancia del abordaje por los servicios de salud mental, especialmente en atención primaria (MINSAL, 2009).

La Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2010) define la atención primaria de salud como:

La asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (s/p).

En salud mental en atención primaria existen diferentes tipos de prestaciones en los distintos niveles (prevención, promoción, tratamiento), que permiten a los profesionales poder intervenir y así poder contribuir a la promoción del estado de salud y bienestar de la

población (MINSAL, 2009). Sin duda una de las prestaciones o intervenciones más importantes es la psicoterapia. La psicoterapia como intervención es una práctica clínica para el tratamiento de trastornos psiquiátricos, que contribuye al alivio de síntomas, reducir la probabilidad de recaídas, mejorar la calidad de vida, promover el funcionamiento adaptativo en el trabajo, la escuela y la vida social, así como facilitar el establecimiento de hábitos de vida saludables (Castilla & Vicente, 2012).

Por lo tanto podemos concluir que la psicoterapia por su efecto beneficioso en salud, es una prestación o tipo de intervención de posicionada relevancia para la atención de salud mental en la población, por lo tanto, es aquí donde el hacer investigación en psicoterapia se hace relevante, debido a que el investigar en psicoterapia contribuye con la posibilidad de contar con más y mejores herramientas o estrategias terapéuticas que permitan abordar de un modo integral y eficiente los distintos tipos de patología mental (Valdivieso, 1994).

Según Figueroa (1996, citado por Moncada, 2007) la investigación en psicoterapia tiene una larga data dentro de la historia de la psicología. Ya desde fines del siglo XIX, se cuenta con reportes de estudios de casos individuales. Posteriormente se presentan otras metodologías en investigación en psicoterapia como la efectividad medida en resultados finales, la evaluación del proceso de terapia y su desenlace, las medidas técnicas y sus resultados finales. Específicamente en la última década se han investigado temas tales como la influencia de la variable de los clientes en psicoterapia, las variables del terapeuta, la relación terapéutica-alianza, y el fenómeno del cambio terapéutico.

Ejemplo de algunas investigaciones nacionales es un artículo publicado en el año 2007 sobre variables inespecíficas de la terapia, en el que se presenta una sistematización teórica de variables inespecíficas de la terapia que intervienen en el proceso terapéutico reportadas en la literatura, desde el consultante, del terapeuta, y de la relación terapéutica (Santibañez et al., 2007). Otro estudio lleva por nombre Episodios de cambio y estancamiento: características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas (Fernández et al., 2012) en el cual se realiza un microanálisis de la conversación terapéutica en relación a episodios de cambio y estancamiento. En el año 2009 se publica el artículo “Revisión

teórica de las dificultades en psicoterapia: un modelo ordenador”. En este estudio se realiza una revisión teórica de los conceptos asociados a dificultades en psicoterapia desde diferentes perspectivas y niveles de análisis para finalmente hacer una discusión acerca de las implicancias clínicas, teóricas y metodológicas del estudio de las dificultades en psicoterapia (Herrera et al., 2009).

Respecto al estudio de las dificultades en psicoterapia, éste se considera como una línea de investigación reciente (Muran, 2002, citado por Herrera et al., 2009). En suma, las investigaciones se orientan respecto a quien define, describe y califica las dificultades, por lo que se encuentran estudios cuyo foco es el propio paciente, o el terapeuta, o incluso la relación paciente-terapeuta. De acuerdo con Orlinsky (2006, citado por Herrera et al., 2009) existe actualmente una carencia en el estudio de las dificultades a nivel de resultados, los que están limitados casi exclusivamente al análisis de impacto de la terapia en los síntomas y problemáticas presentes del paciente, y no en ampliar el foco al considerar aspectos más amplios de la vida del paciente, o los efectos en el terapeuta, y en el contexto micro o macro. Asimismo, son muy escasos los trabajos que al momento de hablar de dificultades en psicoterapia, hablen al mismo tiempo de estrategias terapéuticas como respuesta ante estas dificultades. Por lo anterior, el estudio presente cobra relevancia debido a que continúa una línea de investigación actual sobre psicoterapia, específicamente las dificultades en el proceso, teniendo como foco la posición del terapeuta, además de enriquecer el saber actual del clínico a través del análisis no sólo de las dificultades evaluadas por ellos en un contexto de atención primaria, sino también las estrategias desplegadas en dicho contexto.

Para efectos de esta investigación, se ha elegido abordar las dificultades en psicoterapia en la línea sistémica, la cual es una de las orientaciones teóricas en psicoterapia actuales. Lo anterior debido a que son escasos los estudios en esta corriente teórica en relación a las dificultades en psicoterapia, además de que es un modelo que actualmente se mantiene con vigencia de formación teórico-práctico tanto a nivel de pregrado como postgrado, y debido a que entrega una modalidad de intervención clínica que desde sus planteamientos aplicados en salud mental, sitúa su foco en intervenciones tomando en cuenta aspectos a

nivel individual, familiar y sus redes sociales, por lo que se constituye como un modelo acorde a la política de salud familiar operativa en el sistema de salud pública chileno, por lo tanto, el abordaje desde una mirada sistémica resulta relevante.

Específicamente, se considera en el presente estudio las dificultades que los propios terapeutas definen respecto a su quehacer clínico en el contexto de la atención en salud mental con adolescentes, debido a que es un grupo con características específicas propias de su etapa de desarrollo, y en consideración de la alta prevalencia en problemáticas en salud mental y trastornos psiquiátricos, por lo que el conocimiento a obtener desde esta investigación se enmarca dentro de este grupo específico, y al situarse dentro de la práctica clínica de profesionales con orientación sistémica, se intenta englobar aquellas dificultades percibidas y estrategias desplegadas no sólo en función de una mirada individual, sino también dentro del contexto del propio adolescente, acorde al modelo de salud nacional.

En resumen, desde la comprensión de la adolescencia como una etapa del desarrollo caracterizada por cambios necesarios para la continuidad del ciclo vital, y dificultades y desafíos específicos, la importancia de la atención primaria en salud mental en adolescentes, la importancia de la psicoterapia como una práctica posicionada en este nivel de atención y la importancia de la investigación de dificultades que se presentan en psicoterapia, y la escasa información respecto a las estrategias generadas por los terapeutas con formación desde el modelo sistémico como respuesta ante estas dificultades, es donde surge la necesidad de investigar precisamente cómo los terapeutas sistémicos que trabajan en los centros de atención primaria operan en relación a las dificultades que se les presentan durante el proceso. Lo anterior con el objeto de explorar y analizar la práctica sistémica actual y así poder generar nuevo conocimiento que le permita a los dispositivos clínicos de orientación sistémica tener un acercamiento a la problemática aquí expuesta.

Para poder lograr lo anterior, se genera la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son y cómo operan las estrategias de los terapeutas sistémicos que trabajan con adolescentes ante las dificultades que amenazan el proceso terapéutico?

III.RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Relevancia teórica

Como se ha señalado el propósito de esta investigación es poder explorar y analizar las estrategias que utilizan los terapeutas sistémicos que trabajan con el adolescente en atención primaria ante las dificultades que se puedan presentar en el proceso y las estrategias desplegadas frente a ellas. De acuerdo con Moncada (2007) el analizar las estrategias que utilizan los terapeutas puede contribuir a la revisión de los modelos teóricos subyacentes a la técnica, así como también al perfeccionamiento de las modalidades técnicas de intervención psicoterapéutica, haciéndolas más eficientes, lo que va en beneficio de la mayoría de los consultantes y de los propios terapeutas. Ambas son metas muy esperadas en la investigación psicoterapia. En este sentido, la relevancia teórica de esta investigación apunta a contribuir a la reflexión de la práctica sistémica contemporánea y a las modalidades de intervención en psicoterapia, lo cual puede ser un aporte a los procesos de formación en psicología clínica.

Como se mencionó en la formulación del problema de la investigación, las investigaciones en psicoterapia llevan larga data, pero son escasos los estudios en relación a las dificultades en psicoterapia, y en psicoterapia sistémica, específicamente en el contexto de atención primaria. Por lo tanto, este trabajo busca contribuir en conocimientos específicos sobre la línea de investigación en psicoterapia, específicamente con respecto a la atención con adolescentes desde el modelo sistémico; y contribuir a potenciar el reciente campo de investigación sobre las dificultades en psicoterapia, desde la mirada del terapeuta, así como también las estrategias que ellos mismos describen para hacer frente a dichas dificultades.

Si bien se presentan como antecedentes teóricos en esta investigación estudios que aluden a las dificultades en psicoterapia, éstos tienen objetivos distintos, sin que se especifique población específica en el que surgen las dificultades evaluadas. De esta manera, esta investigación aporta en conocimiento específico respecto a la práctica psicoterapéutica en el contexto de salud con adolescentes.

Ejemplo de lo anterior, es un estudio que realiza una revisión teórica de conceptos asociados a dificultades en psicoterapia y hacen una discusión de las implicancias clínicas, teóricas y metodológicas del estudio de las dificultades en psicoterapia (Herrera et al., 2009). Otro ejemplo es el estudio sobre el que se realiza un microanálisis de la conversación terapéutica en relación a episodios cambio y estancamiento (Fernández et al., 2012). Otro estudio cuyo nombre es Adolescencia y Psicoterapia, a través del cual se busca analizar significados en base a grupos de discusión, planteando la necesidad de conocer y comprender el desarrollo normal, la psicopatología y los factores de riesgo que interactúan en la adolescencia y el análisis de significado de la adolescencia y de la psicoterapia en el adolescente (Páramo, 2008).

Todos estos trabajos de investigación aportan a los antecedentes de este estudio, por lo cual, han sido tomados como referencia, sin embargo, al ser sus objetivos diferentes no logran satisfacer o responder la pregunta de investigación planteada en este estudio, de igual manera todos ellos ponen en tensión la importancia de las dificultades en psicoterapia y cambio terapéutico.

Como se mencionó anteriormente, la investigación en psicoterapia y el impacto que tiene en la calidad de vida de los pacientes que tienen esta experiencia, es un tema que ha evolucionado desde sus inicios, en donde se enfocaba en el análisis de un caso particular, hasta la actualidad en donde se investigan aspectos más allá del propio paciente, sino también del terapeuta y la relación terapéutica, requiriéndose por ende de investigaciones que apunten a explorar las particularidades en relación a grupos específicos y a problemáticas puntuales. En este sentido, la literatura muestra un incremento sostenido en las investigaciones sobre psicoterapia, desde el interés académico, clínico e investigativo, así como gubernamental, pues se busca que las políticas públicas sean basadas en sugerencias de procedimientos basados en la evidencia (Jiménez, 2000, citado por Moncada, 2007).

Relevancia metodológica

La relevancia metodológica de esta investigación reside en una aproximación metodológica, que en su modo de abordar el tema resulta consistente con los objetivos de este estudio. La relevancia de considerar la epistemología a la base, se relaciona con la definición de una noción de sujeto y de una relación de este sujeto con el investigador como objeto de conocimiento, lo cual resulta particularmente decidor en el marco de las ciencias sociales (Calventus, 2000). Como se planteará más adelante, para efectos de este estudio aquí el objeto de estudio se plantea más bien como un sujeto (terapeutas sistémicos), y a partir desde esta epistemología, contribuye a la especificidad de los fenómenos psíquicos, a la reflexión de las características distintivas del sujeto desde su historicidad y contextualización sociocultural, y por sobre todo la consideración sentido/significado de todo acto psíquico (Cornejo, 2005).

En relación al foco teórico metodológico en esta investigación se utilizará la Teoría Fundamentada, en la cual la teoría se plantea como un proceso vivo y en construcción, lo cual contribuye al avance de la teoría sobre las nuevas zonas de sentido sobre la realidad estudiada (Corbin & Strauss, 2002). La ventaja de utilizar este método es que mediante sus distintos procesos de codificación permite dar al material una estructura y mayor riqueza para el análisis.

En relación al diseño metodológico, la relevancia de que este trabajo sea en base a una investigación cualitativa es antes que todo, que desde el objeto de estudio definido (que en este caso es un sujeto) no se puede llegar mediante los métodos cuantitativos de acuerdo a la epistemología de esta investigación. Mediante el diseño cualitativo lo que se busca es la comprensión de un fenómeno social más que su predicción, comprender su naturaleza más que explicarla (Iñiguez, 2008).

En la presente investigación, la ventaja de utilizar este método es que contribuirá al explorar y describir lo que dicen los terapeutas sistémicos en relación a las dificultades y estrategias en psicoterapia, en base a categorías que emergen del análisis de sus propios

relatos, por lo que se posibilita una riqueza productiva que resulta coherente con la problematización y la pregunta de investigación.

En relación con una aproximación metodológica que en su modo de abordar al tema privilegia y facilita la descripción cualitativa del sujeto en estudio, el instrumento para analizar los datos producidos será el análisis interpretativo de contenido o análisis estructural. Se elige este tipo de análisis debido a que facilita los procesos de codificación, lo cual es un paso fundamental para el método utilizado en éste estudio el cual es la teoría fundamentada (Corbin & Strauss, 2002).

IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Analizar las estrategias de los terapeutas sistémicos que trabajan con adolescentes en atención primaria, ante las dificultades en psicoterapia

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar y describir las dificultades de los terapeutas sistémicos que trabajan con adolescentes en atención primaria de salud
2. Identificar y describir las estrategias de los terapeutas sistémicos que trabajan con adolescentes ante las dificultades en psicoterapia.

V. MARCO TEÓRICO

1. HISTORIOGRAFÍA DE LA TERAPIA SISTÉMICA: UNA REVISIÓN DESDE LA EVOLUCIÓN TEÓRICA Y PRÁCTICA.

A través de la historia, la psicoterapia sistémica ha presentado diversos cambios en sus planteamientos teóricos y modos de operar en la práctica clínica. Distintos autores han descrito que estos cambios se deben a un conjunto de experiencias, tanto desde el campo de la investigación como desde la consulta de familias y parejas (Boscolo & Bertrando, 1996)

El objetivo de este capítulo es describir brevemente estos cambios y el contexto histórico en el cual ocurren. Para lograr esto, se ha elegido como eje bibliográfico la obra de Paolo Bertrando y Dario Toffanetti (2000) titulada *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*.

Es importante mencionar que la psicoterapia sistémica tiene como gran influencia la Terapia Familiar. La Terapia familiar nace en la primera mitad del siglo XX, desde la consultoría matrimonial, la terapia sexual y la asistencia social (Bertrando & Toffanetti, 2000).

Un contexto importante de mencionar en el nacimiento de la terapia familiar es el contexto estadounidense post segunda Guerra Mundial. En esa época, Estados Unidos debido a los costos que origina la guerra, comienza a evitar los costos de internación psiquiátrica de niños y se empieza a ayudar a la familia, en estos años la asistencia social estadounidense cobra gran importancia como modo de intervención. Empieza a surgir un discurso de un individuo más centrado en sí mismo y aislado de la sociedad, con baja participación ciudadana y a la vez un discurso social en el que describe a Estados Unidos como una sociedad de consumo, estos elementos en su conjunto habrían permitido la apertura a la necesidad de terapia y a una oferta de tipos de terapia que contribuyan a resolver los

problemas de salud mental de la población. Se consideran los problemas de los individuos y familias como problemas de higiene social, sujetos de intervención preventiva o terapéutica (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Paralelo a esto, posterior a la segunda guerra mundial aparecieron nuevas tendencias en el campo de las ciencias sociales y en la explicación del comportamiento humano. En este tiempo se destacaron investigaciones en el campo de la física, las matemáticas y la cibernética (Cavani, 2012). El concepto de cibernética permite liberarse del legado de las teorías freudianas centrándose en los procesos de información y retroalimentación, que aplicado a la terapia familiar se considera que el comportamiento de los miembros de una familia depende cómo se articula la relación con los demás, de modo que los terapeutas centran su atención al contexto del individuo mas que al individuo mismo dando un salto de lo intrapsíquico a lo relacional (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En este contexto Ludwing Von Bertalanffy concibe su teoría general de sistemas, la cual va a construir las bases para la aparición de nuevo paradigma en la ciencias del comportamiento humano, lo cual genera un impacto en la terapia familiar debido a que se comienza a desarrollar un nuevo modelo en el que el profesional comienza a trabajar paulatinamente con la familia, de manera global, ante la presencia de algún miembro con problemas mentales (Jutorán, 1994, citado por Morales, 2010).

En estos años, se iniciaron varias investigaciones y descubrimientos sobre las familias con miembros esquizofrénicos en el que estuvieron varios investigadores de familia implicados. Este proyecto que fue dirigido por Gregory Bateson con la contribución del trabajo de Don Jackson con su artículo “Hacia una teoría de la esquizofrenia” donde presenta la hipótesis del doble vínculo, este artículo es considerado el verdadero punto de origen de la concepción sistémica de la esquizofrenia y también de la familia. Estos trabajos permitieron el nacimiento de la primera “terapia familiar conjunta” que busca aplicar en la terapia los conceptos del doble vínculo (Bertrando & Toffanetti, 2004). En este contexto es Milton Erickson quien introduce la idea de estrategia terapéutica en la terapia familiar.

Posterior a esto, Gregory Bateson y Don Jackson toman caminos diferentes. En 1959 Jackson funda el Mental Research Institute (MRI), una asociación privada que tiene como objetivo el estudio y la formalización de un método en la terapia familiar. Este proyecto cuenta con la colaboración de investigadores como Virginia Satir, Jay Haley y John Weakland. En el instituto, Jackson desarrolla algunos preceptos técnicos para la conducción de la sesión. En primer lugar establece el uso del espejo unidireccional (previamente estudiado por Haley) y del trabajo en equipo en el curso de las sesiones, generando así la visión del equipo como si fuera un “gran terapeuta” (Bertrando & Toffanetti, 2004).

La concepción del equipo es de orden funcionalista, en el que el síntoma del paciente cumple una función vital en cuanto al equilibrio de las relaciones entre los miembros (homeostasis) y así permitir que el resto de los integrantes de la familia no expresen dificultades evidentes, por lo cual resulta inútil centrar la atención en el individuo sintomático y no tomar en consideración a todos los demás. La atención se centra en las formas de comunicación, el doble vínculo, la homeostasis y las reglas familiares ocupándose del “como” suceden las cosas en la interacción (Bertrando & Toffanetti, 2004).

El estilo propuesto por Jackson es basado en la discreción, pero al mismo tiempo en la franqueza y el ser directo. El terapeuta está atento a los esquemas de interacción de la familia, a los procesos cognitivos de la familia, dejando en segundo plano el rol de las emociones. El terapeuta tiende a ser activo, llegando incluso a interrumpir secuencias de comportamiento, no se limita sólo a una escucha. No toma partido por ningún miembro de la familia, ni siquiera por el paciente. Los fenómenos de transferencia y contratransferencia son considerados irrelevantes. Se empiezan a utilizar otros medios de registro de las sesiones (audio o video) y son seguidas por un grupo de especialistas llamado el equipo terapéutico (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En resumen, el modelo del MRI dirigido por Jackson toma del estudio de la comunicación que los comportamientos humanos son comunicacionales y no producto de lo que sucede dentro de la persona desestimando el insight, de la Cibernética toma la noción de que es necesario estudiar la secuencia de las acciones y no las acciones aisladas y finalmente

busca en la familia las raíces de la patología para poner después los medios de acción mas oportunos para enfrentarla. (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Otro personaje interesante de mencionar sin duda es Milton Erickson, el cual según Haley se considera el primer terapeuta estratégico. Las principales contribuciones de Erickson posteriores a conversaciones con Bateson, no son teóricas, sino mas bien su punto de vista sobre los seres humanos y lo mas importantes un gran número de técnicas de intervención. La idea central de Erickson es que cada individuo tiene potencialidades dentro de sí para mejorar sólo. El presta la atención a todos los aspectos del lenguaje (gracias a su formación en hipnosis), tanto verbal como no verbal. Sitúa la estrategia en primer plano en la terapia: hacer planes, buscar soluciones peculiares e inesperadas para conducir a los clientes en la dirección deseada. Gracias a esto se introduce posteriormente en la terapia familiar el gusto por la novedad, lo inesperado, las “tareas para la casa” y la ruptura de esquemas. Posteriormente Haley desarrolla las ideas de Erickson siendo uno de los pilares del movimiento estratégico (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En la década de los 60 en Estados Unidos es un período de reformas y renovaciones que generan un impacto en la sociedad norteamericana. Esto tiene un impacto en la familia, en estos años nace la idea de “la familia está en crisis”: aumento de divorcios, disminución de las tasas de natalidad, los jóvenes respetan menos a sus padres, etc. Esto genera un impacto en la terapia familiar pasando de una oportunidad de investigación a una necesidad social (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Se produce un aumento en el número de psiquiatras y psicólogos debido a que las compañías de seguros empiezan a reembolsar los tratamientos, esto contribuye a que la psicoterapia se transforma en un fenómeno de masas. En esta época aparece una fuerte crítica a la psiquiatría, a este movimiento adhieren Bateson, pensadores como Foucault, Goffman y Szas, también los antipsiquiatras ingleses Laing, Esterson y Cooper y los italianos Basaglia y Jervis (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En este contexto el MRI a pesar de definirse inicialmente como un “instituto multidisciplinar sin fines de lucro” el creciente interés por la terapia familiar permite que reciban una serie de subvenciones, pasando de ser no sólo un centro de investigación, ahora pasan a ser un centro formador de terapeutas. En el año 1961 llega Paul Watzlawick y en 1962 se unen Jay Haley y John Weakland (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En esta época comienzan a surgir múltiples investigaciones con la ayuda de los nuevos avances como la videograbación, la cual permite enriquecer el proceso de formación de nuevos terapeutas y también contribuye a la investigación en psicoterapia. Aquí comienzan a surgir múltiples publicaciones como Haley quien hace una contribución importante a la literatura con sus artículos y sobretodo con su libro *Estrategias en psicoterapia* y posteriormente en la dirección de la revista *Family Process*; Virginia Satir trabaja con su *Conjoint Family Therapy* (1967), que será el primer manual práctico de psicoterapia. Sin embargo, la obra clave del MRI (al menos en esta década) será la *Teoría de la Comunicación Humana* (Watzlawick y otros, 1967), el texto clave en la formación de las siguientes generaciones de terapeutas sistémicos (Bertrando & Toffanetti, 2004).

La teoría de la comunicación humana es un instrumento de definición y control de la(s) relación(es) entre los que participan en un proceso comunicativo. Los axiomas de la comunicación son: Es imposible no comunicar; toda comunicación tiene un elemento de contenido y uno de relación; el nivel digital y analógico de toda comunicación; la dimensión simétrica y complementaria de toda comunicación (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1997).

En este tiempo comienzan a tomar fuerza movimientos a fines al modelo sistémico del MRI, como son las terapias estratégicas, estructurales y experienciales.

Jay Haley quien fue formado por Milton Erickson y coautor del artículo de 1956 sobre el doble vínculo junto con Gregory Bateson, como ya se dijo anteriormente, es uno de los representantes pilares del movimiento estratégico. Haley desarrolla las ideas que las relaciones humanas son una lucha por el poder, que incluso los síntomas psiquiátricos son

maniobras de poder en una relación y el terapeuta debe lograr resolver esas luchas de poder en la relación. Esto quiere decir que el paciente es el controlador que usa el poder concedido a través del síntoma y los otros miembros de la familia son controlados por éste aceptando éste poder. Bateson, sin embargo, no lo satisface esta lectura lineal del síntoma, sino que más bien el plantea que el síntoma es efecto-origen en redes cibernéticas complejas de condicionamientos recíprocos (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En este período aparece Salvador Minuchin, que adopta un modelo de familia nuclear desarrollado por Talcott Parsons, este modelo plantea que la adecuada funcionalidad de la familia dependerá de su estructura, que se basa en los límites, alianzas y jerarquías entre los subsistemas (Montes, 2006). Minuchin publica la obra *Families of the slums* (1967) el primer libro de terapia familiar que considera seriamente el tema de la pobreza y la disgregación social, así como uno de los primeros libros que auspicia las intervenciones en red que van más allá de la familia nuclear (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Otro personaje importante es Whitaker quien dentro de sus aportes más importantes, introduce la idea de la terapia como poner en escena a la persona única e irrepetible del terapeuta. Su terapia obedece algunos principios básicos como la terapia como una experiencia emotiva para la familia y para el terapeuta, la idea de compartir y exacerbar la locura en vez de oponerse a ella, dependiendo de lo que dicte la espontaneidad; debido al difícil papel del terapeuta, introduce la necesidad de la coterapia como un medio de control; Whitaker sigue la idea de Bowen de la importancia del trabajo con las familias de origen (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En los años 70 la terapia familiar empieza a consolidarse. Este no es un período de grandes revoluciones teóricas, sino que más bien se caracteriza por ser un período en que las técnicas caracterizan a las terapias familiares de la época. En este período se definen las dos variantes de la terapia estratégica: la terapia estratégico sistémica del MRI y la estratégico estructural de Haley. Ambas terapias tienen algunos elementos comunes, como por ejemplo que ambas son terapias ligadas al síntoma y la introspección no es significativo. Como no se considera importante la evolución de la personalidad, el pasado no es algo

fundamental para comprender el presente; los problemas son considerados fundamentalmente relacionales, más que individuales; el foco en el aquí y en el ahora; necesidad de trabajar el problema específico, sin proponerse cambios a entidades menos definidas como la personalidad, el carácter, etc.; énfasis en el comportamiento observable; énfasis en el trabajo breve y buscando la explicación más sencilla del problema; el terapeuta activo en la terapia; la definición del problema es lo que expuesto por el cliente y el terapeuta debe reconocerlo como tal (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En este tiempo aparece la escuela de Palo Alto, este nombre es el dado a los herederos de la orientación comunicacional del Grupo de Palo Alto, organizados en torno al MRI creado en 1959 por Don Jackson como una división del Palo Alto Medical Research Institute y que desde su creación hasta ahora se ha caracterizado por una actividad continuada en tres niveles: clínico, formación e investigación. En el año 1967 se crea el brief Therapy Center (BTC), dirigido por Richard Fish y con la participación de Watzlawick, Weackland y Bodin, con el fin de investigar los resultados de la terapia familiar breve. Es importante mencionar que este modelo tiene como base la teoría de la Comincación Humana formulada por Watzlawick, Beavin y Jackson. Se estableció una duración del tratamiento de diez sesiones, sin selección alguna de la patología, focalizando las intervenciones en el problema presentado, con técnicas activas y muy directivas. Es importante también mencionar que los problemas presentados en terapia son comprendidos como soluciones no efectivas para enfrentar las dificultades habituales de la vida (Bertrando & Toffanetti, 2004).

El libro *Uncommon Therapy* (1973) constituye el punto de cumbre de la carrera de Haley y a partir de este es donde se definen los principios de su modelo. Haley habla del concepto de dominio que se relaciona con que las relaciones dentro de la familia son relaciones de fuerza y que las personas tratan de alcanzar una posición de poder unas por sobre otras, para lo cual la estrategia del terapeuta es reagrupar a las personas en torno a un poder que los favorece a todos de manera colectiva, en vez de individualmente; la idea de negociación tiene que ver con lo anterior de alcanzar el poder en el seno de la familia, la tarea del terapeuta afecta la posibilidad de negociar las relaciones de poder entre los

miembros, esto lo puede lograr a través de verdaderos contratos que deben ser respetados por la familia (Bertrando & Toffanetti, 2004).

También introduce el concepto de ritual, el cual está relacionado con el tiempo mágico de lo sagrado, prescribir un ritual significa “dar una nueva fase en la evolución de la familia, creando un tiempo sin tiempo en el cual las cosas importantes, por ejemplo los acuerdos contractuales asumidos al comienzo de la vida familiar son revisadas y renegociadas”. La idea de prescripción de síntoma se refiere a una elección terapéutica paradójica que opera sobre la base que incitando, incluso obligando a la persona a manifestar el comportamiento disfuncional se permite a la persona extraer de la conducta el componente negativo que posee, desde aquí el síntoma no tiene razón de ser. La terapia estratégica está pensada para un número de entre ocho y diez sesiones; de este tiempo la primera mitad está dedicada a la solución del problema y las últimas sesiones están orientadas a consolidar las soluciones alcanzadas (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Haley abandona el MRI en 1967 y se traslada a Filadelfia, al Philadelphia Child Guidance Clinic, donde se encuentra y colabora durante muchos años con el fundador de otra escuela: Salvador Minuchin. Este encuentro simboliza el encuentro de dos concepciones de la terapia familiar: uno el del Grupo de Palo Alto y otro con una orientación más social y ecológica (Pereira, s/f).

Minuchin plantea algunos principios teóricos conceptos y técnicas que consolidan su terapia familiar estructural. El concepto de estructura que consiste en que cada ser humano tiene la necesidad de organizarse, ya sea con reglas de independencia entre los miembros o con jerarquías. Estos dos son los elementos que permiten la organización estructural de la familia. Aquí las negociaciones entre los miembros permiten una especie de contratos entre los familiares. Otra idea es que el sistema familiar puede reagruparse en subsistemas con funciones y características propias, como por ejemplo el subsistema pareja y el subsistema padres (como dos subsistemas diferentes aunque estén compuesto por las mismas personas), los hijos como otro subsistema; introduce el concepto de confines que son reglas generadas por los contratos implícitos o explícitos entre los miembros de la familia

que domina la interacción; y la idea de familias aglutinadas o desligadas de acuerdo a la flexibilidad o rigidez de sus límites (Bertrando & Toffanetti, 2004).

La terapia estructural trabaja con técnicas orientadas hacia la situación actual de la familia y sus relaciones. No sólo tiene consciencia de que actúa dentro del sistema terapéutico, sino que activamente participa en la dinámica para modificarla. Los procedimientos que el terapeuta estructural utiliza consisten en participar de las configuraciones transaccionales habituales de la familia, asumiendo el rol en el grupo familiar y observando como interactúan los miembros entre ellos; delimitar los confines y mostrárselos a cada uno de los miembros de la familia, potenciando los subsistemas débiles o abriendo las posibilidades relacionales diferentes en la familia; atribuir tareas terapéuticas a miembros que son infravalorados dentro de la familia (Bertrando & Toffanetti, 2004).

A comienzos del año 1971, el centro para el estudio de la familia de Milán estaba compuesto por Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. Este grupo decide separarse completamente del psicoanálisis y adopta el modelo sistémico en la versión procedimental, siendo conocidos más tarde como el grupo de Milán. Solicitan la supervisión de Paul Watzlawick durante varias semanas en sesiones en espejo. Dentro de las innovaciones que presentan a nivel técnico se encuentra las relaciones paritarias, la subdivisión de las sesiones, los intervalos entre sesiones, la connotación positiva y los rituales terapéuticos. Como todos terapeutas sistémicos el grupo de Milán trabaja en equipo, sin embargo lo hace de forma diferente a como lo hacen los estratégicos o los estructurales para la formación: cuando un terapeuta hace una intervención lo hace en nombre del equipo y no a título personal. Este uso del equipo introduce a un formato de sesión muy ritualizado con una compleja subdivisión en cinco partes. El intervalo entre sesiones es característico del modelo, aunque comparte aún las diez sesiones de la terapia breve, el grupo de Milán establece un tiempo de un mes entre una sesión y otra, denominándose como una terapia breve-larga (pocas sesiones pero con un intervalo largo de tiempo entre una y otra). También introducen el concepto de connotación positiva que consiste en prescribir la configuración conjunta de la familia, privando a los síntomas de su papel privilegiado. El uso de rituales es evidenciar el conflicto entre las normas verbales y

analógicas de la familia, prescribiendo un campo de comportamiento en vez de una reformulación hablada con un posible insight (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En el año 1972 se publica *Pasos hacia una ecología de la mente*, síntesis definitiva del pensamiento de Gregory Bateson, el cual desde sus principios cibernéticos terminan por modificar y enriquecer la teoría del grupo de Milán con muchos elementos nuevos, superando la visión estratégica y desarrollando el “purismo sistémico”, este cambio da inicio al llamado “Modelo de Milán”. El interés se desplaza de los síntomas a los patrones de comportamiento, a las premisas epistemológicas a los sistemas de significado, desde el tiempo presente a un marco temporal que comprende pasado, presente y futuro. Los problemas familiares son la inevitable consecuencia de convicciones familiares (premisas) no más congruentes que el estado relacional de la familia misma. Impasse y homeostasis familiar no son más que apariencias, sostenidas por patrones comportamentales que derivan de errores epistemológicos de los miembros de la familia. La tarea del terapeuta es crear un contexto de aprendizaje donde los clientes puedan descubrir las soluciones por sí mismos (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Sin embargo los tres principios fundamentales para la conducción de las sesiones son: hipotetización, circularidad y neutralidad. Hipotetización se refiere a que los terapeutas confían menos en la “realidad” de lo que ven en la familia y consideran las conclusiones a las que llegan como simples hipótesis de trabajo construidas con la familia (Bertrando & Toffanetti, 2004). Por circularidad se entenderá como la capacidad del terapeuta de conducir su investigación sobre la base de la retroalimentación recibida de la familia en respuesta a su pedido de información acerca de vínculos y por lo tanto de diferencias y cambios. En relación a la neutralidad se refiere a la posición que toma el terapeuta respecto de la familia, la capacidad de ser discreto e imparcial, aquí el terapeuta más que no adoptar ninguna posición debe ser capaz de adoptar varias (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 1987).

Ya en los años 80, aparece Cloe Madanés la cual trae algunas ideas a la terapia estratégica reformulando las ideas de Haley incorporando las ideas jerárquicas de Minuchin. Por

ejemplo para Madanés los síntomas son vistos como el resultado de “jerarquías incongruentes”, es decir, en la que los hijos de cambiar a sus padres, esto lo hace con claras referencias de Haley a la vez incorporando como ya dijimos la ideas jerárquicas de Minunchin. En este período comienza el surgimiento de la terapia Ericksoniana y su énfasis en las prescripciones. En este período la terapia estructural de Minunchin decae ante los planteamientos más discretos del modelo de Milán, esto contribuye a que Minunchin empiece a buscar nuevos intereses más allá de la terapia familiar, apresurando un giro de su obra hacia la marginalidad de la profesión (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En éstos años ocurre un quiebre o división en el grupo de Milán. Los motivos de ésta división fueron varios, sin embargo el más importante es de tipo teórico: Selvini Palazzoli y Prata se ocupan sobre todo del sistema observado y Boscolo y Cecchin se centran en el sistema observante (estos conceptos se desarrollarán más adelante). En este período el interés de Selvini se centra en los patrones comportamentales transmitidos de generación en generación que crean síntomas fuertes congruentes con la situación familiar. También introduce el concepto dentro de la teoría de juegos: el embrollo familiar, lo cual permite el nacimiento de un modelo de seis estadios de la génesis familiar de la psicosis, formalizados en 1988 en el libro *Los juegos psicóticos de la familia* (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Boscolo y Cecchin por su parte continúan haciendo clases y se centrarán en la investigación y formación en psicoterapia en su viejo centro rebautizado como el *Centro Milanese di la Terapia della Famiglia*. En este centro empiezan a observar que los alumnos en espejo empiezan a preguntar no sólo de la familia, son que también empiezan a preguntar sobre el terapeuta sobre que está haciendo, cómo y por qué. Esto contribuye a que Boscolo y Cecchin creen diferentes niveles de observación en la terapia. Estos hechos contribuyen a la incorporación de nuevas perspectivas cibernéticas y constructivistas donde se destacan autores como Maturana y Von Foerster, Francisco Varela y otros investigadores de la cibernética la cual se llamará la “cibernética de segundo orden”. En este punto es importante mencionar los planteamientos de Von Foerster, el cual plantea que para la distinción de las cibernéticas de orden primero y orden segundo es desde donde se sitúa al

observador. El observador en la cibernética de primer orden está separado del objeto, sin embargo, Von Foerster plantea que el observador entra en la descripción de lo observado, por lo tanto, la objetividad es absolutamente imposible. El autor también plantea que cualquier observador percibe el mundo a través del lente de su cultura, familia y lengua, por lo tanto el producto resultante no representa algo privado y autónomo sino que una “comunidad observadora” (Bertrando & Toffanetti, 2004; Boscolo et al., 1987). La “realidad” se co-construye en el lenguaje y como lo plantea Maturana hay tantas “realidades” como lenguajes, o bien, no vivimos en un universo sino que en un multiverso (Boscolo & Bertrando, 1996)

En el período de la cibernética de primer orden, el observador desde una posición externa comprobaba la realidad organizativa del sistema observado, lo cual en terapia conducía (desde la base de una visión normativa) a la búsqueda de disfunciones y patologías, por lo tanto, el objetivo es generar intervenciones capaces de cambiar la organización patológica del sistema. La cibernética de segundo orden en cambio, el observador está conectado recursivamente con el observado, y sus teorías y prejuicios están dentro de sus descripciones y explicaciones, conduciendo de ésta manera a la construcción de la realidad observada. El conocimiento objetivo desaparece dando paso a al conocimiento adquirido a través de la autorreflexión (Boscolo & Bertrando, 1996).

Posteriormente a esto, la idea Batesoniana de que el mapa no es el territorio en el sentido de que la realidad (territorio) existe, sin embargo, llega a ser construida de manera idiosincrática con los límites de nuestros sentidos y nuestras premisas, es rebatida debido a que el mapa es el territorio en el sentido de que es el territorio al cual podemos acceder y es el que constituye nuestra realidad (Boscolo & Bertrando, 1996).

Otra idea desarrollada en esta época es el concepto que introduce Maturana sobre la Autoipoesis, en el cual se considera al individuo como un sistema autopoietico (autónomo), ubicado en la “encrucijada” de innumerables sistemas de personas, significados y emociones, con los cuales se puede conectar de diversos modos (por ejemplo un paciente puede estar más ligado a sus amigos o a sus intereses más que a su familia).

Esto muchas veces puede explicar por qué en la terapia un cambio en las relaciones familiares no provoca necesariamente un cambio en el paciente designado, contrario a la concepción holística de Bateson. Esta idea contribuyó a disuadir la idea de que en la terapia necesariamente había aferrarse sistema familiar especialmente en los casos de que un miembro, a diferencia de otros, no experimenta cambios, lo cual contribuyó a considerar la apertura y la revalorización de un individuo como sistema autónomo (Boscolo & Bertrando, 1996).

La seriedad con la Boscolo y Cecchin aplicaron estas ideas a su trabajo clínico contribuyó a la creciente diferenciación entre el punto de vista sistémico y los modelos anteriores de terapia familiar, por lo que podría hablarse de un abordaje sistémico de segundo orden (Bertrando & Toffanetti, 2004; Boscolo et al., 1987).

Estos aportes permitieron una evolución del modelo de Boscolo y Cecchin hacia la complejidad, dejando de creer que un síntoma de cualquier género sea invariablemente correspondiente a una cierta configuración familiar. La terapia se convierte en una creación común entre terapeutas y clientes, de “historias” alternativas y atribuciones de nuevos significados a la realidad compartida (Bertrando & Toffanetti, 2004; Boscolo et al., 1987).

Posteriormente el principio de neutralidad de la terapia milanesa se ve sometido múltiples críticas. Hoffman (1992) plantea que la neutralidad confiere al terapeuta sistémico el poder de ser eficiente, sin embargo, los ingredientes son muchos: la actitud tranquila, no reactiva, el cuestionamiento circular que siempre coloca al terapeuta al metanivel, el interés por cuestiones campo y de contexto y su implacable actitud hacia la resistencia, pueden contribuir a que el equipo pierda una familia que insista en el cambio.

En el año 1987 Cecchin publica un artículo llamado “*Hypotesing, circularity and neutrality: an invitation to curiosity*”, el cual reformula la idea de neutralidad, ya no como una ausencia de posición sino como un estado de curiosidad, lo cual acomoda a los construccionistas de un modo de mantenerse siempre abiertos a la novedad sin dejarse seducir por el principio de la verdad (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Este nuevo concepto contribuye a que el modelo de Milán en esos años adquirió un particular estatus epistemológico, desde el momento de rechazar toda categorización de los clientes en tipologías, se transforma en una terapia que conlleva una teoría general (la teoría sistémica batesoniana, enriquecida por el constructivismo) y una teoría de la técnica (hipotetización, circularidad y neutralidad/curiosidad), pero que carece de una teoría clínica debido a carecer de una idea normativa, que por lo tanto no da pie a la existencia de la patología (es decir una teoría etiológica de las patologías). Esto contribuyó a que se hiciese difícil la convivencia entre la terapia sistémica y los sistemas sanitarios y sociales que requieren diagnósticos y normas, por lo que surge una necesidad futura de adaptación a esas situaciones (Bertrando, P. y Toffanetti, D. 2004).

Uno de las influencias posteriores con las que el movimiento sistémico se ve influenciado será la posmodernidad.

En el pensamiento posmoderno es una forma de pensar que rechaza las metanarraciones, término con el cual son identificados los sistemas globales que se ponen como absolutos y “verdaderos”. Para los posmodernos, que consideran cada teoría o sistema de pensamiento como nada más que una narración, es más importante concentrarse en las narraciones locales y tradicionales o en las micronarrativas, que se presentan simplemente como historias, sin pretensiones de veracidad, absolutismo o universalidad (Boscolo & Bertrando, 1996, p.43)

Una de las críticas realizadas al pensamiento posmoderno es el completo relativismo, el cual genera una inevitable paradoja: no aceptar teorías es una teoría (Boscolo & Bertrando, 1996). El pensamiento posmoderno por otra parte se considera un tanto peligroso en el campo de la psicoterapia si se le lleva hasta sus últimas consecuencias (Jones, 1993 citado en Boscolo & Bertrando, 1996). Un ejemplo de esto es que el terapeuta al considerar todas las narraciones igualmente válidas o verdaderas, por lo que en casos logados a problemas de género o de violencia son “historias como todas las demás” sujetas al relativismo. Aquí

es necesario para los terapeutas encontrar un enfoque que les proporcione algunos puntos de referencia (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En la década de los 90 surgen dos orientaciones relevantes que también influyen en el movimiento sistémico: estas son el construccionismo social y la narrativa.

El construccionismo social plantea que los significados y la identidad nacen en un contexto desde el principio relacional: el yo crece dentro de un marco de intercambios y redes de conversaciones en las cuales estamos insertos, y la identidad es el resultado de las narraciones que cada uno escribe dentro de estas “danzas conversacionales”. El construccionismo social pone en primer plano la idea de relación, vista como expresión no de estructuras o patrones comportamentales sino de sistemas de lenguaje y significado (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Desde una aproximación construccionista, la terapia debe ser generadora de múltiples y diferentes conversaciones que sean capaces de llevar a la revisión de las narraciones dominantes sobre la cual se apoya la identidad de los consultantes. Aquí el terapeuta es cada vez menos protagonista, siendo el que saber es socialmente construido, de hecho no se pueden postular significados preexistentes que el terapeuta pueda “descubrir” puesto que la narrativa surgirá de la conversación si que el terapeuta sea el autor (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Steve de Schazer aparece con una nueva teoría y técnica llamada “terapia orientada a las soluciones. Este modelo deriva del modelo del MRI, sin embargo, acentúa los recursos de los clientes y el interés hacia el lenguaje, manteniendo los principios de practicidad, simplicidad y brevedad. El trabajo de de Shazer busca conciliar las tendencias manipulativas de la terapia estratégica con la idea de que “los clientes saben más”. La idea fundamental de la terapia de de Shazer es que en el proceso terapéutico no es diagnóstico, sino puramente curativo, en el cual es importante no determinar los problemas, sino sencillamente encontrar soluciones que no necesariamente deben tener una estrecha relación con los problemas (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Los principios de la terapia de de Shazer son los siguientes: Los problemas derivan del modo en el cual las personas actúan y reaccionan, no son sólo de origen “patológico; no es necesario llegar a las raíces de un problema para encontrar una solución, podría además no existir ninguna “raíz”; es importante comprender la visión que tiene los cliente de cuánto les sucede, mucho más que crearse una, basada en las nociones del terapeuta; las personas tienen en sí, todos los recursos necesarios para dar solución a sus problemas; el terapeuta tiene sencillamente la función de facilitador; no es necesario que el facilitador sepa alguna cosa del problema presentado; para que se dé el cambio, es necesario y suficiente que el cliente se comporte de modo diferente o vea las cosas de manera diferente (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Por esos años aparece un interés por parte de Boscolo (probablemente proveniente de formación psicoanalítica) en el mundo de las pasiones y las emociones, y según lo señalan en Bertrando y Toffanetti (2004) Boscolo dice lo siguiente:

El cambio más importante para nosotros también desde el punto de vista técnico, fue el uso de las emociones, o sea el descubrimiento, de las emociones y de su importancia. Me convencí que la toma de conciencia no es suficiente para llegar eventualmente a un cambio, sino que son necesarias las emociones. Y las emociones pueden ser puestas también en relación al discurso de la empatía, soy la empatía. El terapeuta vive emociones y las pone a disposición del paciente para permitirle pensar que cosa se puede sentir (p. 309).

Por lo tanto, se aumenta la atención para todo aquello que no es verbal, para los aspectos más ligados al contexto que al texto. Esta idea contribuye también al desarrollo de un modelo bastante idóneo para la psicoterapia individual (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Por estos años, en el modelo de Milán, Cecchin se dedica a reelaborar la idea de neutralidad, que lo había llevado a desarrollar la idea de curiosidad la cual posteriormente evoluciona en el término irreverencia.

La irreverencia planteada aquí no tiene que ver con ser revolucionario o con luchar contra la opresión en la familia o las instituciones, sino que es más bien una postura derivada de un estado mental del terapeuta que le permite actuar liberándolo de la ilusión del control, lo cual es terapia sistémica le permite al terapeuta yuxtaponer ideas a primera vista contradictorias, más aún, promover la incertidumbre debilitando constantemente los patrones y relatos que constriñen a las familias, permitiendo así la posibilidad de que el sistema tenga la oportunidad de desarrollar nuevas creencias, significados y patrones menos restrictivos (Cecchin, Lane & Ray, 1992).

Cecchin plantea que el entusiasmo del terapeuta por un modelo o por una hipótesis es lo que le permite aproximarse a una familia, manteniendo una dosis de respeto y de curiosidad. Pero, cuando reflexiona sobre las implicancias de su propia actitud y sus supuestos, adopta una postura ética y terapéutica. El autor plantea que para conservar la capacidad de autocuestionarse, es necesaria cierta irreverencia y sentido del humor que se consiguen manteniéndose en el diálogo con los colegas, los estudiantes y con la gente fuera del ámbito de la salud mental. El transitar hacia la irreverencia, el terapeuta intenta no ceder a las creencias compartidas, no fiarse de lo que se le pide que haga por parte del estado, las instituciones o incluso la clínica en la que trabaja (Cecchin, Lane & Ray, 1992).

Contemporáneos a los cambios del Modelo de Milán, surgen los primeros trabajos del enfoque narrativo en Australia, bajo la dirección del asistente social Michael White y el antropólogo David Epston. El enfoque narrativo y su afiliación epistemológica al construccionismo social y al posmodernismo, es un enfoque que comienza a tomar fuerza en el campo de las ciencias humanas (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Los primeros intereses de White en estos años fueron por la aproximación sistémica y la psicoterapia, en la cual hace referencia a modelos estratégicos en aquel tiempo puestos en boga, particularmente el del MRI. White comienza a interesarse por los trabajos de Bateson, que lo inician en la semántica de la comunicación y la construcción de significados. En los 80 empieza a estudiar las ideas de Michael Foucault sobre la relación

entre conocimiento y poder, juntos los trabajos de Goffman y Jacques Derrida. Del mismo modo, empieza a desarrollar reflexiones sobre los procesos de desinstitucionalización del conocimiento y del poder del conocimiento experto, estos temas irán dando forma a su metodología de reautoría (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Michael White empieza a trabajar con niños con encopresis. En el trabajo con estos casos, aprende a investigar los “resultados únicos” que pueden darle una idea del éxito. También empieza a crear una forma de separar a la persona del problema, creando el lema “la persona no es el problema, el problema es el problema”. El principio tras esta frase es que el síntoma se externaliza, se separa de la persona para transformarse en algo que la persona puede enfrentar y eventualmente vencer (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En relación a esto, en una entrevista a Michael White (1995), él plantea lo siguiente:

La interacción sobre la base de la idea de que los problemas son inherentes a determinadas relaciones o intrínsecos a las vidas de las personas generalmente refuerza estas verdades y perpetúa aquello que las personas perciben como problemático. Y estas conversaciones internalizadoras sobre lo problemático también hacen muy difícil que las personas puedan experimentar nuevas posibilidades para la acción. Si tú eres el problema, si tu relación es el problema, entonces no será mucho lo que puedas hacer, a excepción quizás de luchar contra ti mismo. Las conversaciones externalizadoras ponen entredicho todo esto. Hacen posible que las personas experimenten una identidad distinta o separada del problema. A través de las conversaciones externalizadoras, el problema queda en cierto modo inhabilitado, puesto que ya no les comunica a las personas la verdad acerca de quiénes son como personas o acerca de la verdadera naturaleza de sus relaciones, lo que abre nuevas posibilidades para la acción. En la evolución de estas conversaciones externalizadoras, las personas siguen revisando su relación con sus problemas (p. 27).

White en este tiempo, plantea objetivar las experiencias de las personas en forma de historias, que, como tales pueden ser reescritas según el deseo de los clientes, que se transformarán en sus autores (Bertrando & Toffanetti, 2004).

David Epston por su parte, desde su formación como antropólogo lleva el enfoque narrativo fuera del modelo médico y de la metáfora de la enfermedad. Como lo señalan Bertrando y Toffanetti (2004):

La psicoterapia es un instrumento que facilita el *paso*, el terapeuta es un entrenador de la familia y el individuo, y les ayuda a encontrar los pasajes justos a través de sus propias evoluciones existenciales, en el respeto de la identidad de cada pequeña cultura familiar (p. 316)

Vale mencionar que uno de los principales aportes a la terapia narrativa de Epston fue la publicación “medios literarios para fines terapéuticos” en el cual introducen como técnica el uso de cartas.

Bertrando y Toffanetti (2004) señalan que:

La terapia según White y Epston sigue una serie de pasajes lógicamente concatenados: el dominio del conocimiento es un dominio de poder; el conocimiento separado de las condiciones y de los contextos de su producción es un instrumento de poder, será por tanto deconstruido y reportado a los orígenes de su institucionalización. Una identidad construida sobre un conocimiento separado de las condiciones y de los contextos de su producción lleva a la exclusión y a la marginalización (p. 317)

Existen algunas etapas de la terapia narrativa que tiene que tiene como primer objetivo la identificación de “discursos dominantes” asociados al malestar. Esto tiene que ver con que los individuos cuentan su vida y través de ésta narración le dan un significado. Esta historia generalmente representa una narración parcial de una experiencia de vida compleja

la cual genera la identidad que el sujeto se atribuye, esto constituye lo que se llama un “discurso dominante”.

El paso posterior a esto es la subjetivización del problema, que lo transforma en un problema personal, este es un proceso activo a través del cual se produce una estandarización de las propias acciones respecto a las normas sociales, de tal manera que el individuo se vuelve un cuerpo dócil, que opera sin miramiento ni respeto en relación sus propios deseos (Bertrando & Toffanetti, 2004).

El proceso de objetivización del problema tiene que ver con la atribución del problema llevado a las condiciones culturales e históricas que se suponen como causas. La idea de que las personas son “agredidas” por un problema que viene desde fuera, puede ayudarles a reencontrarse, llevándolo a hacer fuerzas entre ellos y con otros por recuperar poder y confianza en la posibilidad de vencer, derrotando al problema. Como ya se mencionó anteriormente, la externalización del síntoma es la correlación técnica del proceso de objetivización, la cual muestra al sujeto el poder y la influencia que el problema tiene sobre su vida, permitiendo así la separación del discurso dominante y del problema y así el cliente comience a tomar confianza y la percepción de su poder personal frente al problema (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Posteriormente ya objetivizado y externalizado el problema, las preguntas al cliente permiten re-ver la propia vida de forma diferente. La terapia narrativa se centra en la experiencia subjetiva y la identidad y posteriormente pasa a las relaciones, es decir, se realiza un movimiento desde lo interno hacia lo externo (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Una de las características de la terapia narrativa es la paridad experiencial entre terapeuta y cliente. Esta característica es compartida por las terapias conversacionales, las cuales establecen esta práctica como prioritaria, dado que su objetivo es tratar el material de que el cliente ponen en sesión como un texto, pero a diferencia del trabajo narrativo, sin orientarse hacia reescribir, sino que hacia caminos inciertos ligados al no saber (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Harry Golishian y Arlene Anderson son destacados terapeutas conversacionales en el momento de mayor auge del posmodernismo. Golsihian quien fue formado en el MRI en el cual trabajó durante 20 años, el impacto conversacional da un importante vuelco a sus presupuestos, incorporando a la filosofía social, sobre las pautas de Kenneth Gergen, acercándose así a la idea radical de que el cliente es el único experto en la relación terapéutica (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En 1988 junto a Harlene Anderson publican el libro *Human Systems as Linguistic Systems*, en el cual plantean sus puntos cardinales de la terapia, que sostienen que es posible explicar los sistemas como existentes sólo en el lenguaje y en los actos comunicativos, dando énfasis al significado local del trabajo terapéutico conversacional.

Desde lo que plantean Bertrando y Toffanetti (2004), los planteamientos de la terapia para Anderson y Golishian son los siguientes

La idea de base es que no existen “esencias”, que la totalidad del existente es incomprensible y que se puede realizar solamente un conocimiento negociado entre interlocutores, provisoria y local, marcadamente circunscrita e informada del contexto lingüístico que en estos momentos hace de contexto a la conversación en acto. El proceso terapéutico entero, resulta así inescrible en una perspectiva lingüística. El problema presentado por el cliente existe en el lenguaje, y da sentido al contexto narrativo que lo contiene; el procedimiento terapéutico es el proceso lingüístico que reorganiza y disuelve el problema; la técnica terapéutica es, sustancialmente, la capacidad del terapeuta de tener abierta la conversación entre los pares. La idea es que la terapia pueda permitir al cliente de decir (y pensar) aquello que no ha sido aún dicho (y pensado) acerca de su historia personal (p. 324).

Para resumir, este apartado ha tenido como objeto realizar un recorrido historiográfico por los momentos más importantes que han marcado a la terapia sistémica con el objeto de contextualizar la práctica clínica contemporánea. Es importante mencionar que pueden ser

muchos los terapeutas y tipos de terapia que no están consideradas en esta revisión, debido a ser ambiciosa y excede el objetivo de este capítulo como aporte a los objetivos de la investigación.

La idea central ha sido entonces contextualizar los fundamentos teóricos y prácticos del terapeuta sistémico actual, desde el devenir histórico de esta teoría y operar clínico. Resulta fundamental en el estudio de variables del proceso terapéutico, el marco precedente y actual sobre el que se sitúan ciertos modelos de intervención.

De esta manera, en relación al presente estudio, se busca sentar las bases que resulten fundamentales en el análisis de todas aquellas dificultades que los terapeutas con orientación sistémica describan, así como los fundamentos sobre los que se situarán las estrategias que ellos mismos mencionen.

2. ADOLESCENCIA Y SUBJETIVIDAD DEL CONSULTANTE

Este capítulo tiene el objetivo de presentar los aspectos teóricos propios del desarrollo del adolescente, estadísticas respecto a la población adolescente chilena y su grupo familiar. De esta manera se busca describir la adolescencia como proceso, debido a la importancia de considerar los elementos que están involucrados en esta etapa del ciclo vital, lo cual resulta importante de abordar al momento de hablar e investigar en psicoterapia con adolescentes.

Así como en el capítulo anterior se abordaron los fundamentos teóricos históricos del modelo sistémico, al investigar sobre dificultades y estrategias desplegadas frente a estas dificultades, en terapeutas con orientación sistémica en atención de adolescentes, es fundamental describir aspectos característicos propios de estos consultantes, de modo de contextualizar la investigación no sólo desde la práctica sistémica, sino también desde las particularidades del consultante, en mención en este estudio.

2.1. CONCEPTO DE ADOLESCENCIA

La palabra adolescencia viene del verbo latino *adolescere* que significa “crecer” o “llegar a la madurez”. La adolescencia se entiende desde la psicología del desarrollo como un período dentro del ciclo vital del ser humano, caracterizado por importantes cambios físicos, psicológicos y sociales a través de los cuales se realiza la transición de la niñez a la vida adulta. Por lo general se considera que la adolescencia comienza con la pubertad que ocurre aproximadamente a los 10-12 años de edad hasta los 19 o inicio de los 20, esto conlleva una serie de cambios interrelacionados en varias áreas del desarrollo (Papalia, et al., 2005). Desde la OMS, se fija un límite etario claramente definido, que engloba a la adolescencia entre los 10 y 19 años de edad (Santillano, 2009).

Es importante considerar que la adolescencia, como constructo, no existía hasta antes del siglo XX, en donde los niños entraban al mundo adulto cuando maduraban físicamente o

cuando empezaban como aprendices de un oficio, por lo que no se conceptualizaba en sí misma, ni se identificaba conceptualmente una etapa de transición entre la infancia y la adultez. Sin embargo, aparecen antecedentes ya desde el siglo XVIII referidos a un plazo de tiempo en el que jóvenes de familias acomodadas gozaban de menores exigencias mientras completan su instrucción académica, y alcanzan una madurez socio-económica. Estos antecedentes aluden más bien a variables sociales, que meramente biológicas. Por esta razón, podemos también comprenderla como una condición históricamente construida y determinada, que identifica, y con ello refiere a sistemas de relaciones, cuyas particularidades se relacionan con diversas variables, como la diferenciación social, debido a que se excluyen a un gran número de jóvenes que vive una realidad socio-económica más vulnerables, en la que no es frecuente continuar estudios, y sí lo es iniciar tempranamente la vida laboral, así como uniones conyugales o convivencia y embarazo adolescente. Otros factores son el género, la generación a la que pertenecen, lenguaje, formas de sociabilidad, lugar de residencia, entre otras, por lo que existirían distintas maneras de ser adolescente, o distintas adolescencias, entendida como una condición que se extiende a todos los sectores de la sociedad, diversificados en grupos con características específicas, con una base material vinculada con la edad (Donas, 2001).

Al ampliar la conceptualización de la adolescencia más allá de los parámetros biológicos, concibiéndola como fruto de construcciones y significaciones sociales en contextos históricos y en sociedades específicas, se asume que es un proceso de permanente cambio y resignificaciones, siendo el sujeto adolescente comprendido ya no desde la mera generalidad dada por patrones de regularidad etaria (Santillano, 2009).

Siguiendo esta línea de comprensión, la adolescencia correspondería a un período en el que se produce con mayor intensidad la interacción entre las tendencias individuales, las adquisiciones psicosociales, las metas socialmente disponibles, y las fortalezas y debilidades del entorno (Krauskopf, 2003, citado por Santillano, 2009). Lo anterior con el fin de transformarse y asumir el papel de adulto integrado a la sociedad (Santillano, 2009).

A modo global se considera que hay una serie de hitos que hacen que el niño pase a la adolescencia y luego a la vida adulta. Estos hitos están descritos desde la psicología del desarrollo y desde una comprensión de los aspectos sociales propios de cada cultura. Sin embargo, corresponden a descripciones dinámicas, pues se han visto cambios en el último tiempo como por ejemplo un inicio puberal más temprano, el cual corresponde al ámbito físico; y un mayor tiempo de perfeccionamiento profesional que mantiene a jóvenes dependientes de sus padres o cuidadores por más tiempo que antaño (Devaud & Spotorno, 2004; Gaete, Unanue, Ávila & Cassorla, 2002; Papalia et al. 2005).

Desde el punto de vista del desarrollo evolutivo, la adolescencia constaría de tres períodos: adolescencia temprana, que abarcaría desde el comienzo de la pubertad (10-11 años aproximadamente) hasta los 13 años; adolescencia media, que iría de los 14 a los 17 años; y adolescencia tardía, que correspondería desde los 17 a los 20 años, aproximadamente (Suarez, 2011).

2.2. DESARROLLO ADOLESCENTE

2.2.1. Desarrollo físico del adolescente

Parte de los cambios en la adolescencia se relacionan con cambios biológicos que se inician en la pubertad. Durante la infancia, el cuerpo de los niños y las niñas es prácticamente idéntico, sin embargo, al llegar la pubertad esta similitud desaparece, y niños y niñas comienzan a tomar gradualmente una forma más adulta. Esta es una etapa en la que más se desarrollan y cambian físicamente los seres humanos, sólo es comparable con los cambios producidos en los primeros años de vida (Parra, 2005).

El desarrollo puberal, definido como el proceso por el cual una persona alcanza la madurez sexual y la capacidad de reproducirse, comienza bastante antes de que los primeros cambios en el cuerpo de niños y niñas sean perceptibles. Se considera que tendría una duración promedio de 5 años. Está ampliamente aceptado que la aparición de tejido mamario en la niña y un tamaño testicular de 4 cc o mayor en el niño, constituyen los primeros signos de

la pubertad, ambos consecuencia de la secreción de gonadotropinas y esteroides sexuales. Este proceso incluye además de los cambios morfológicos, cambios fisiológicos y del comportamiento (Muzzo, 2007; Temboursy, 2009).

Se acepta en la comunidad científica que el rango de edad de inicio del desarrollo puberal en la mujer oscila entre los 8 y 13 años, y en los hombres entre los 9 y 14 años. La menarquia marca el inicio de la edad reproductiva en la niña y ocurre en promedio a los 12,5 años. En base a esto, se considera como pubertad precoz en la mayoría de los textos, la aparición de caracteres sexuales secundarios antes de los 8 años en la mujer y antes de los 9 en el hombre (Gaete et al., 2004).

Es importante considerar que existe una gran variabilidad individual respecto a la edad en que comienzan estos cambios físicos, así como que la tendencia estadística indica que la edad de inicio ha tendido a disminuir, asociado a múltiples factores, entre los que se encuentran genéticos, evolutivos, raciales, nutricionales, geográficos y ambientales (Burrows, Ceballos, Burgueño & Muzzo, 2010; Codner, Unanue, Gaete, Barrera, Mook-Kanamori, Bazaes et al., 2004; Devaud & Spotorno, 2004; Gaete et al., 2004; Muzzo, 2007).

Dentro de los factores ambientales que inciden en la tendencia a un inicio previo del desarrollo puberal, algunos autores han descrito una asociación con el estándar de vida actual, bajo nivel de estrés y estrés familiar, calidad del desarrollo, baja mortalidad y baja morbilidad, cuidado materno-gestacional, y patrones de alimentación, los que desde una comprensión ontogenética se verían dados por el bajo mantenimiento del individuo en un ambiente que propicia un desarrollo acelerado y un período reproductivo temprano (Devaud & Spotorno, 2004; Papalia et al., 2005; Parra, 2005;). Lo más central de esto es el crecimiento físico y desarrollo sexual puede no acompañarse de una madurez psicológica (Parra, 2005).

Como ya se mencionó, los cambios puberales se inicia en el sistema nervioso central por factores neuroendocrinos y hormonales, que activan el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal

y sus mecanismos reguladores. Estos factores actúan bajo control genético e influencia ambiental (Temboury, 2009). De este modo, comienza la aparición de los caracteres sexuales secundarios, es decir, aquellos signos físicos que permiten distinguir ambos sexos, a diferencia de los caracteres sexuales primarios que corresponden a los órganos reproductores masculinos y femeninos. En el caso de las mujeres los principales caracteres secundarios sexuales son el crecimiento mamario, aparición de vello púbico, caderas anchas; mientras que en el hombre es la aparición de vello facial, aumento de la musculatura corporal, cambio de la voz, entre otros (Papalia et al., 2005).

Respecto a la aceleración del crecimiento físico, éste se produce al principio de la pubertad de las niñas y en el período intermedio en los niños. También se presenta un aumento de peso corporal y de proporción de grasa corporal, en mujeres; y un aumento de la densidad mineral ósea y de la masa magra, con una disminución del contenido de tejido adiposo, en hombres. Los cambios corporales empiezan al principio de la pubertad pero son más evidentes hacia la mitad. Por otra parte, la menstruación y la espermatogénesis son fenómenos tardíos, que se observan hacia el final del desarrollo puberal (Temboury, 2009).

Algunas investigaciones atribuyen los cambios hormonales con mayor emocionalidad y el mal humor de la adolescencia temprana. Sin embargo, otros factores como el género, la edad, el temperamento, y el momento de la pubertad pueden moderar e incluso anular los cambios hormonales, estos cambios al parecer afectan ms a varones que a mujeres, en especial a adolescentes tempranos que aún no se ajustan a los cambios de la pubertad (Papalia, 2005). Otros efectos psicológicos generados por la actividad hormonal son el aumento del deseo sexual, agresividad, irritabilidad e inestabilidad, sin embargo estos cambios están mediados por factores sociales y psicológicos como la reacción de los progenitores a los cambios físicos o el momento en el que ocurren estos cambios. (Parra, 2005).

Generalmente el cambio corporal y el desarrollo de la función reproductora provocan en un primer momento sentimientos de ansiedad confusión y vergüenza tanto en chicos como en chicas, sin embargo éstas últimas parecen verse afectadas negativamente por la llegada de

la pubertad. Las chicas se muestran más irritables, estados depresivos y descontentos con su aspecto físico (Coleman & Hendry, 1999, citado por Parra, 2005). De hecho según Stiece, Presnell y Bearman (2001, citados por Papalia et al., 2005) plantean que la menarquía temprana ha sido asociada con depresión y abuso de drogas. Por otra parte se plantea que las adolescentes que se desarrollan más temprano presentaban una peor autoestima, aumento en la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria, síntomas depresivos y mayor incidencia de conducta antisocial (Parra, 2005).

Los varones sin embargo, parecen beneficiarse más de la pubertad mostrando un mejor estado de ánimo y una mayor autoestima, sin embargo existen diferencias en el cómo viven la experiencia de desarrollo según si se desarrollan tempranamente versus los muchachos que se desarrollan tarde. Por ejemplo los muchachos que se desarrollan temprano son más grandes, más musculosos y más coordinados que los muchachos que se desarrollan tarde, esto contribuye a que disfruten de ventajas atléticas y sociales, sobresaliendo más en deportes competitivos; en cambio los con desarrollo tardío pueden presentar sentimientos de inadecuación y de rechazo, menor atractivo físico, timidez y aislamiento (Rice, 1997). También esto está asociado a un mayor consumo de tabaco, problemas emocionales y síntomas depresivos (Parra, 2005).

Sin embargo, un elemento común a destacar es que tanto para varones como para mujeres, el madurar a “destiempo” en relación a sus compañeros contribuye a que se les haga más difícil compartir sus dudas, experiencias y temores con sus pares. Por otra parte los que maduran tempranamente puede contribuir a que el adolescente se vea obligado a relacionarse con adolescentes de mayor edad, entre lo que hace más probable las conductas antisociales y el abuso de sustancias, implicándose así en actividades para las cuales no se encuentra emocionalmente preparado, generando estrés en el adolescente (Parra, 2005).

Otro aspecto interesante de abordar es en relación a los hábitos de los adolescentes. Uno de ellos es el sueño. Muchos adolescentes no duermen lo suficiente, muchos de ellos se van a la cama más tarde que cuando eran menores y deben levantarse a la misma hora o más temprano que antes, cuando éstos necesitan casi tanto sueño como cuando eran niños,

alrededor de nueve horas (Iglowstein, Jenni, Molinari & Largo, 2003, citado por Papalia et al., 2005).

Los adolescentes privados de sueño suelen presentar síntomas depresivos y un mal desempeño académico. Una de las explicaciones para este fenómeno es que los adolescentes pasan a nivel cerebral por un cambio en el ciclo natural del sueño, esto pasa debido a que la secreción de melatonina ocurre a horas más tarde en la noche, por lo tanto los adolescentes necesitan ir a la cama mas tarde (Carskadon, Acebo, Richardson, Tate & Seifer, 1997, citado por Papalia et al., 2005), sin embargo las escuelas inician temprano generando una desincronización de los ritmos circadianos de los adolescentes. Crouter y Larson (1998) citado por Papalia (2005) plantean que iniciar el horario de escuela mas tarde u ofrecer los cursos más difíciles más tarde a los adolescentes maximizaría la capacidad de concentración de éstos, generando así un mejor rendimiento.

2.2.2. Desarrollo cognitivo del adolescente

El desarrollo cognitivo implica todos aquellos procesos asociados al pensamiento y razonamiento, es decir, al cómo conocemos. En el adolescente se generan una serie de cambios físicos a la base de cambios neuroendocrinos, que también impactan en el componente cognitivo, generándose un cambio respecto a la forma de conocer propia del niño.

Se describen una serie de cambios a nivel de la corteza cerebral, especialmente la corteza prefrontal, que se asocian a cambios desde un pensamiento más concreto, característico de los niños, a uno más abstracto. La corteza prefrontal se relaciona con funciones cognitivas como la inhibición, control atencional, flexibilidad mental, memoria de trabajo, pensamiento hipotético-deductivo, consciencia social, entre otras. Se plantea que alrededor de los 11 y 12 años se produce uno de los períodos de mayor mielinización neuronal en la corteza prefrontal, a la vez se produce un período de poda neuronal o proceso de eliminación del exceso de conexiones sinápticas, que favorece la especificidad de

habilidades en cada sujeto, así como el reforzamiento de conexiones sinápticas ya existentes (Flores, 2006).

Todo lo anterior se relaciona con lo que la teoría de Piaget sobre el desarrollo cognitivo describe en relación a las características en esta edad. Piaget establece que desde los 12 años aproximadamente comienza un estilo de pensamiento lógico-abstracto, por lo que llama a esta etapa como la etapa de operaciones formales. En este sentido, el adolescente comienza a comprender el mundo en base a hipótesis (pensamiento hipotético deductivo), y no sólo en base a la información concreta dada por el aquí y ahora, incorporando una noción de temporalidad diferente. También adquieren la capacidad de la utilización de símbolos, una mayor comprensión de la metáfora y la alegoría, adquieren la capacidad de lo que podrían ser las cosas y no sólo de lo que son (Papalia et al, 2005).

Debido a la maduración cognitiva, los adolescentes experimentan un aumento en la capacidad de atención, memoria, velocidad de procesamiento de la información y una mejora en las estrategias de organización de dicha información (Byrnes, 2003; Coleman & Hendry, 1999 citado por Parra, 2005; Flores, 2006). Estos aspectos generan un desarrollo notable de las habilidades de resolución de problemas y hacen que las relaciones sociales de los jóvenes adquieran mayor nivel de complejidad (Holmbeck, Paikoff & Brooks Gunn, 1995, citado por Parra 2005).

Piaget por otra parte, afirma que el pensamiento de los adolescentes es distinto al de los adultos en varios aspectos. Aunque los adolescentes utilizan sus habilidades cognoscitivas para construir teorías sobre varios aspectos de la vida, estas teorías se ven afectadas por su falta de experiencia. También muestran tendencias al egocentrismo, asumiendo rígidamente que sólo su opinión es la correcta, por lo tanto existe un egocentrismo intelectual que se manifiesta mediante la creencia del infinito poder de la reflexión, como si el mundo debiese someterse a los sistemas y no los sistemas a la realidad. El egocentrismo metafísico de la adolescencia como lo llama Piaget, encuentra paulatinamente su corrección en una reconciliación entre el pensamiento formal y la realidad: el equilibrio se alcanza cuando la

reflexión comprende que su función característica no es contradecir, sino preceder e interpretar la experiencia (Páramo, 2008).

Algunos teóricos sugieren que los adolescentes suelen desviarse mucho cuando intentan conceptualizar los conceptos de otras personas. Lo que ocurre es que, a veces, no logran diferenciar sus pensamientos de los pensamientos de otras personas, esto los lleva a asumir que son el foco de atención de los demás, fenómeno que Elkind llamó “audiencia imaginaria”: los adolescentes comienzan a ser conscientes de qué es lo que piensan los otros de ellos y se preocupan de la crítica imaginaria de sus pares. Además de esto suelen creer que sus pensamientos y sentimientos son únicos por completo, que nadie más en el mundo comparte sus experiencias. Elkind se refería a esto como la “fábula personal”: un aumento de percepción y comparación social, que se inscribe en el proceso de autopercepción en esta etapa del ciclo vital (Páramo, 2008).

Otro elemento que se relaciona con el desarrollo del razonamiento formal según Piaget son una combinación de la maduración del cerebro y mayores oportunidades ambientales, esto último se relaciona con una estimulación adecuada, por lo tanto, la escolarización pasa a cobrar relevancia en aspectos relacionados al desarrollo cognoscitivo (Papalia et al, 2005).

Todos estos cambios en las capacidades cognitivas de los adolescentes durante la adolescencia pueden tener implicaciones en aspectos relacionales, ya sea con los padres o la autoridad, debido a una mayor capacidad de poder evaluar distintos puntos de vista cuestionando las normas, y la jurisdicción familiar y social (Parra, 2005). Desde estos cambios podemos pensar que se genera un mayor desafío para padres con hijos adolescentes, debido a que éstos son capaces de discutir generando nuevos argumentos y nuevas alternativas, con una mayor capacidad de negociación que requiere que los padres generen estrategias de enfrentamiento para responder ante estos nuevos cambios y así disminuir el riesgo de conflictos y roces con ellos.

2.2.3. Desarrollo socio-emocional del adolescente

Se ha descrito que la principal tarea psico-social del adolescente es encontrar su identidad, es decir, buscar un sentido coherente del yo, que involucra las metas, valores y creencias de cada individuo, así como su rol dentro de la sociedad (Erikson, 1950, citado por Papalia et al., 2005). Lo anterior moviliza procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de vida, y así contribuir a la convivencia social positiva, rescatando las necesidades personales, y el progreso social (Krauskopf, 1999).

La identidad se construiría como un proceso activo, caracterizado por ciclos de exploración y consolidación, que involucra la toma de decisiones, y no como una postergación de la inserción social mientras se está preparado, según los patrones esperados en cada sociedad, sin embargo se considera como de riesgo psicosocial para el adolescente cuando no hay una concordancia entre las acciones desplegadas y la evaluación adecuada en la toma de decisiones, ya sea por la búsqueda del propio joven por encontrar satisfacción inmediata, o por demandas del entorno que los obligan a insertarse en roles que aún no les corresponden, ejemplo de lo anterior es la inserción temprana al mundo laboral (Krauskopf, 1999).

Respecto a la ampliación de las relaciones sociales (pares y pareja), éstos constituyen un espacio en el que se construyen las experiencias de posicionamiento social fuera del marco familiar, regulando sus conductas a partir de la necesidad de reconocimiento grupal y de los interlocutores que valida, logrando un alto poder respecto a los jóvenes (Santillano, 2009). Las relaciones amorosas y actividad sexual, también reafirman la identidad, refuerzan o modifican concepciones sobre los roles de género, que poco a poco se configuran como la base de la futura vida familiar que conciben.

Krauskopf (1999) sistematiza características de los adolescentes en tres fases, las cuales constituyen un continuo, por lo que no correspondería asumirlas de modo lineal para cada joven. Estas fases y sus características son:

1. Fase temprana: ocurre entre los 10 y 13 años de edad. Primaría en el joven de esta edad una preocupación por lo físico y emocional. Específicamente la autora describe que hay un duelo por el cuerpo y por la relación infantil con los padres, reestructuración del esquema e imagen corporal, ajustes a emergentes cambios sexuales físicos y fisiológicos, necesidad de compartir los problemas con los padres, deseos de comprensión y apoyo de parte de éstos, pese a que la autoestima tiende a dejar de nutrirse desde ellos. También se presentan fluctuaciones del ánimo, fuerte autoconsciencia de necesidades, relaciones grupales con el mismo sexo, pues así se favorece el fortalecimiento de identidades y roles, previos a la interacción heterosexual.

2. Fase media: ocurre entre los 14 y 16 años. En esta fase se presentarían preocupaciones por la afirmación personal, social, y afloran las vivencias del amor. Se presenta una diferenciación del grupo familiar, deseo de afirmar el atractivo sexual y social, emergentes impulsos sexuales, exploración de capacidades personales, capacidad de situarse frente al mundo y a sí mismo, grupos heterosexuales, interés por actividades nuevas, búsqueda de autonomía. Lo anterior trae consigo una diferenciación aún más presente respecto al grupo familiar, y mayor identificación con los grupos de referencia. Con respecto a las relaciones de pareja, éstas se presentarían como una extensión del yo, y significan una de las fuentes principales de confianzas, amplitud de experiencias e intereses, y de enriquecimiento de la identidad. Gracias al desarrollo cognitivo, comienzan a tener visiones más amplias y diversas de los acontecimientos, nuevas reflexiones y capacidad argumentativa, lo cual también contribuye en la diferenciación de identidad.

3. Fase final: ocurre entre los 17 y 19 años. Se presenta una preocupación por lo social y una búsqueda de intimidad. Se describe que hay una búsqueda de afirmación del proyecto personal-social, en términos del compromiso y visualización de metas presentes y futuras. Aparece un locus de control interno, por lo que ya no atribuyen lo que les ocurre a circunstancias externas, reconocen y expresan sus capacidades de

iniciativa, anticipación de resultados y manejo de consecuencias. También se presenta el desarrollo de instrumentos para la adultez, exploración de opciones sociales, avance en la elaboración de identidad, grupos afines en lo laboral, educacional, y comunitario, capacidad de autocuidado y cuidado mutuo. Con respecto a las relaciones de pareja, se presenta una diferenciación e intimidad, permitiendo la vivencia de un acompañamiento afectivo y vínculos profundos

Respecto a los procesos de duelos descritos en la Fase inicial, Aberastury describe un total de cuatro duelos que estarían presentes en los adolescentes (1985, citado por Páramo, 2009). El primero sería el duelo por el cuerpo infantil, el segundo corresponde al duelo por el rol y la identidad infantil, debiendo junto a ello a asumir nuevas responsabilidades, y renunciar al tipo de relación de dependencia que hasta tenía respecto a sus padres o figuras protectoras; el tercero alude al duelo por los padres de la infancia, que implica aceptar las debilidades de éstos, renunciar a percibirlos como omnipotentes, así como aceptar su envejecimiento, y renunciar a su protección, y finalmente el cuarto duelo, asociado a la pérdida de la bisexualidad de la infancia, en función del desarrollo de su propia identidad sexual. En este proceso de lucha contra el medio y la reconstrucción de sus vínculos con el mundo externo, y la lucha contra sí mismo, en términos de la reconstrucción de su realidad interna, en la construcción de su identidad, el adolescente pasaría por inestabilidades y desorientaciones respecto a sí mismo, dificultad por reconocer las contradicciones que le van surgiendo (Moujan, 1986, citado por Páramo, 2008). De acuerdo a Páramo (2008, p. 42) “el adolescente tiene muy claro lo que no quiere, pero no tanto lo que quiere”.

En este proceso de búsqueda de identidad, buscará modelos de identificación, que no necesariamente encuentre, además de los otorgados por la familia y sociedad (Páramo, 2008). De acuerdo a Donas (2001, citado por Páramo, 2011) existe una cultura del riesgo para los adolescentes, en tanto se presentan ciertos modelos a seguir definidos como positivos, pero que muchas veces no lo son, incidiendo negativamente en el joven. Ejemplo de lo anterior es lo relacionado al aspecto físico, en donde se considera como positivo los modelos presentados en los medio de comunicación, con lo cual se favorece el estar en

dietas, ejercicio físico muchas veces excesivo, alteración en la imagen corporal, e incluso trastornos alimenticios. Otro ejemplo corresponde a aquellas acciones violentas y arriesgadas, que en ocasiones terminan con lesionados o incluso la muerte; la erotización temprana y relaciones sexuales desprotegidas, falta de información sobre sexualidad, factores asociados a embarazo adolescente, abortos, y enfermedades de transmisión sexual; consumo de tabaco, alcohol y drogas.

En relación al desarrollo socioemocional, diversos autores plantean una serie de factores de riesgo que atentan este ámbito, así como a la salud física y familiar, los que se presentarían en distintas culturas y estratos sociales. Los factores de riesgo son entendidos como aquellas características, situaciones, acciones o circunstancias que aumentan la probabilidad de sufrir algún efecto negativo o daño; mientras que los factores protectores, corresponde a aquellas características, situaciones y acciones opuestas a las de riesgo. (MINSAL, 2012).

Desde el modelo ecológico, se integran niveles desde el individual-familiar al social-cultural, a través de los cuales las conductas de riesgo resultan de la acción recíproca y compleja entre estos niveles. Desde este modelo se podrían distinguir los siguientes factores de riesgo (Páramo, 2011; MINSAL, 2012).

1. Nivel individual: presentar una maduración asincrónica, desórdenes psicológicos, como depresión, ansiedad, desórdenes alimentarios, y estrés excesivo, y de personalidad, impulsividad, baja autoestima, proyecto de vida débil, historia de abuso sexual, bajas habilidades sociales y tendencia al aislamiento, bajo rendimiento escolar, deserción escolar, bajo nivel de resiliencia, portar armas, locus de control externo, abuso de drogas lícitas e ilícitas, entre otras.
2. Nivel Relacional: Este nivel alude al entorno familiar del adolescente. Ejemplo de factores de riesgo serían: disfunción familiar, familia con pobres vínculos, violencia intrafamiliar, estilo de manejo parental autoritativo/permisivo, tener hermana o

amiga adolescente embarazada, consumo de drogas lícitas o ilícitas en la familia, influencia negativa de los pares, pertenecer a grupos con conductas de riesgo.

3. Nivel Comunitario: Este nivel involucra a los entornos sociales directos con los que se relaciona el adolescente, como la escuela y el barrio. Dentro de los factores de riesgo que se menciona en la literatura destacan los siguientes: acceso a alcohol y drogas, escasa cohesión social, comunidades más pobres, baja participación familiar en la escuela, escasas redes de apoyo. Se debe recordar que las amistades constituyen un pilar fundamental en el desarrollo del adolescente, generando con ellos vínculos significativos y modelos de referencia, y reforzando así su búsqueda de identidad, autoafirmación, y autoestima. En esta etapa es fundamental el sentirse identificado con el grupo, se describe que hay una adhesión y dependencia respecto a éste, así como un sentimiento de necesidad e intimidad social.
4. Nivel Social: Se refiere a condiciones socio-culturales actuales, como inequidad, disponibilidad de armas de fuego, violencia en los medios de comunicación, calidad de la vida escolar y comunitaria, entre otros. Respecto a los medios de comunicación, éstos ejercen una influencia tanto intelectual como cultural en niños y adolescentes, algunos autores plantean que influyen en el desarrollo de la pasividad frente a la entretención y pasividad física en relación al uso de la televisión y computador; así como favorecer un sistema de valores basado en lo material y el consumo. Otro efecto de los medios de comunicación se refiere a contenidos violentos y sexuales, que constituyen mensajes de referencia respecto a lo que resultaría más valorado.

Respecto al rol de la escuela en el desarrollo del adolescente, algunos autores refieren que el sistema educativo se constituye como un espacio de exclusión, en términos de homogenizar las particularidades de los adolescentes y su mundo familiar y social, en términos socio-económicos, regiones geográficas, culturales, entre otros. La cultura moldea actitudes acerca de la educación, la que a su vez también impacta las estructuras socio-económicas y políticas. En este sentido, el adolescente se desarrolla en un contexto

educacional que recibe múltiples influencias, que también surgen desde el propio joven y su propio contexto familiar (Páramo, 2008). Otros autores también comprenden al sistema escolar como una institución que perpetúa las relaciones sociales en términos socio-económicos, con desigualdad en la distribución de poder, roles y autoridad, así como mantener límites rígidos.

Muchas veces el sistema escolar no favorece el desarrollo óptimo del adolescente, en términos de centrar la atención en aspectos específicos como el desempeño académico, y no en aquellos propios del desarrollo socio-emocional del adolescente como competición-cooperación, crecimiento individual-sentido de comunidad, ambición-preocupación por los otros, entre otros (Páramo, 2008).

En cada colegio, se presentan diversas sub-culturas, en la que los adolescentes pueden transitar, por lo que no serían permanentes. Se menciona la subcultura de la diversión, que involucra la popularidad, deporte, participación en actividades extraescolares; la subcultura académica, enfocada en el rendimiento académico, y cuyas actividades principales son destinar tiempo al estudio, en el hogar, planes para estudios superiores; finalmente la cultura transgresora que se asocia a conductas antisociales y de riesgo, como actividad sexual temprana, uso de drogas lícitas e ilícitas, baja asistencia escolar, entre otras. Asimismo se describe que en el colegio habrían dos tipos de grupos de amigos, uno relacionado al valor a la popularidad, y otro que se orienta en torno a la competitividad (Páramo, 2008).

La participación escolar de adolescentes también es un aspecto fundamental en su desarrollo, de modo de favorecer la expresión de ideas, reforzar el razonamiento abstracto, análisis de situaciones de conflicto, con la integración de diversas posturas, valoración del propio pensamiento y el de los demás. Sin embargo, esto no siempre ocurre, lo cual se asocia a frustración, agresión, desmotivación, e incluso marginalidad. En este sentido, es fundamental un colegio que enfatice la formación socio-emocional, junto con la cognitiva (Páramo, 2008).

2.3. ADOLESCENTES EN CHILE: DATOS DEMOGRÁFICOS

Respecto a estadísticas nacionales de adolescentes, últimos estudios indican que los jóvenes entre 10 y 19 años alcanzan un 16% de la población total, constituyendo un total de 2.817 jóvenes (UNICEF, 2010). De acuerdo al CENSO del año 2002, la población de adolescentes en Chile representaba el 17% de la población (INE, 2009).

El Instituto Nacional de Estadísticas proyecta una disminución de la población infantil y adolescente para el 2020, como resultado de una disminución de la fecundidad y aumento de la esperanza de vida, produciéndose un cambio demográfico con incremento de la población adulta (MINSAL, 2012)

Respecto a la localidad, la mayoría de los adolescentes chilenos viven en zonas urbanas. Estadísticas refieren que un 12,7% de la población juvenil entre 15 a 24 años se concentra en zonas rurales (MINSAL, 2008). Estos últimos concentran mayores índices de pobreza y vulnerabilidad social (MINSAL, 2012).

Respecto a variables educacionales, el analfabetismo infantil de acuerdo al CENSO 2002, se presenta un 0,9% en población de mayores de 10 años en zonas urbanas, y un 1,5% en zonas rurales. La cobertura de educación alcanza un 99,2% entre los 6 y 17 años, cabe mencionar que entre los 14 y 17 años, un 65,9% de los adolescentes cursa la enseñanza media, y un 30,6% la enseñanza básica, por lo que estos últimos no estarían cursando el nivel educativo que le corresponde. En la región metropolitana, el promedio de años de estudio es de 10,4 para zonas urbanas, y 9,3 para zonas rurales (INE, 2005).

En relación a tecnologías, datos estadísticos del 2002 indican que entre los 14 y 17 años de edad un 26,5% de los jóvenes tiene acceso a un computador en su hogar. Esta variable se asocia a los años de estudio del jefe/a de hogar y regiones. En la región metropolitana, un 30,2% sí tiene acceso a computador en su hogar, y un 15,3% a internet.

En relación a variables de salud, del total de adolescentes, según CENSO 2002, el 75% de hombres y mujeres de 10 a 19 años se encuentra inscrito en atención primaria de sistema público de salud, esto demuestra el gran desafío que genera la demanda de servicios de salud para la satisfacción de la necesidad de atención de este grupo (INE, 2009). Del 75% de adolescentes inscritos en Atención Primaria de Salud (APS), un 90,27% se encuentra en APS municipal, un 1,14% en APS/ONG, y un 8,59% en APS servicios.

Al hablar de salud en el adolescente, se considera fundamental considerar aquellas condiciones de salud que forman parte de la realidad nacional de los jóvenes chilenos. Datos estadísticos presentados por el MINSAL (2012), muestran la prevalencia de una serie de condiciones de salud en adolescentes. Con el objeto de sintetizar dicha información , se presentan estos datos en la TABLA N° 1:

TABLA N° 1. CONDICIONES DE SALUD EN ADOLESCENTES

CONDICIONES DE SALUD	EDAD	PREVALENCIA
Consumo de alcohol	12 a 18 años	36%
Consumo de alcohol en el último año	15 a 19 años	54%
Consumo de drogas lícitas durante el último año	Población escolar	57% alcohol 46% tabaco
Consumo de drogas ilícitas durante el último año	Población escolar	15% marihuana 3,4% cocaína 2,1% pasta base
Síntomas sugerentes de trastorno del ánimo depresivo	15 – 19 años	14%
Ideación suicida	Adolescentes	8% hombres 18% mujeres
Mortalidad por suicidio	Adolescentes	7 de cada 100.000 adolescentes
Edad inicio actividad sexual	Adolescentes	16.7 años hombres 17.1 años mujeres
Embarazo adolescente	Adolescentes	16,1%
Uso método anticonceptivo en la primera relación sexual	Adolescentes	53% hombres 49% mujeres
Obesidad	Adolescentes	9% hombres 13% mujeres
Sedentarismo (práctica de actividad física menor a una hora al día)	13 – 15 años	88,9%
	15 – 19 años	76%

Las condiciones de salud recién presentadas, se consideran conductas de riesgo que han tendido a un aumento en el último tiempo. Se presentan aún más en jóvenes provenientes de familias vulnerables, como aquellas con antecedentes de violencia intrafamiliar, maltrato, consumo de alcohol y/o sustancias; y otros determinantes de salud. Estas conductas y hábitos de riesgo provocan morbilidad e incluso mortalidad en el presente del adolescente, y en su futuro como adulto (MINSAL, 2012).

Respecto a la mortalidad en adolescentes, durante el año 2009 ésta fue de 5 por 10.000 habitantes; en los adolescentes hombres, la tasa de mortalidad fue de 5,0 por 10.000 (682 hombres fallecidos), y en adolescentes mujeres fue de 2 por 10.000. La principal causa de muerte las constituyen causas externas (60%) como accidentes, homicidios y suicidios, de los cuales un 70,4% corresponde a adolescentes varones y un 29,6% a mujeres. La mortalidad de los adolescentes por causas externas ha tendido a aumentar en los últimos años. La primera causa de muerte por causa externa en adolescentes lo constituyen los accidentes de tránsito. Otra causa de muerte es por tumores malignos (12%) (MINSAL, 2012).

Finalmente cabe mencionar que la tasa de suicidios en adolescentes también ha presentado un aumento sostenido en los últimos años. Según cifras del año 2005, en población de 10 a 14 años, la tasa de suicidio fue de un 2,6 por 100.000 habitantes, correspondiendo un 3,3 a varones, y un 1,9 a mujeres; mientras que en adolescentes de 15 a 19 años la tasa fue aún mayor, siendo de 8,9 por 100.000 habitantes. De acuerdo a cifras del 2009, el suicidio en adolescentes llegó a los 7 por 100.000 habitantes, 9,4 correspondió a hombres (MINSAL, 2012).

Respecto a indicadores de morbilidad en adolescencia en salud mental, se pueden especificar áreas como consumo de tabaco y alcohol, depresión, violencia, trastorno por déficit atencional y hiperactividad, trastornos de la conducta alimentaria, sobrepeso y obesidad, entre otros.

En relación al consumo de tabaco, como se mostró en la TABLA N° 1, hay una prevalencia por sobre el 50% de consumo en el último año. Sin embargo, los datos arrojan que ha habido una disminución del consumo entre los años 2005-2009, asociado a la implementación de la ley antitabaco en Chile. De acuerdo a datos del 2009, un 35,6% de mujeres en edad escolar fuman, mientras que un 30,6% de hombre lo hace. La edad promedio de inicio de consumo de tabaco es a los 13 años (MINSAL, 2012).

A su vez el consumo de alcohol tiene una prevalencia mensual de consumo de un 35,5%, sin diferencias significativas por sexo. La edad promedio de inicio es a los 13,7 años. Por otra parte, la prevalencia en el consumo de drogas ilícitas como marihuana y cocaína se han mantenido estables desde el año 2001 hasta el 2009. Sin embargo, hay una tendencia al alza en el consumo de drogas en jóvenes de 8vo año de enseñanza básica. La edad promedio de inicio de consumo de marihuana es a los 14,6 años, sin diferencias por sexo.

Respecto a indicadores de violencia en población adolescente, se presentaría un 4,6% de violencia física en parejas adolescente entre 15 y 19 años, y un 9,9 de violencia psicológica. Esta situación se presenta en una relación inversamente proporcional con respecto al nivel socio-económico, es decir, ocurre más en niveles de menores ingresos (MINSAL, 2012).

Otras problemáticas en salud mental descritas por el Ministerio de Salud de Chile (2012) es el trastorno hiperactivo y de atención. Se estima que la prevalencia de éste en población nacional escolar de enseñanza media sería de un 3%, presentándose más en varones que mujeres. También se presentan los trastornos de la conducta alimentaria, los cuales tendrían una prevalencia de alrededor un 8%.

Finalmente cabe mencionar estadísticas en torno a la salud sexual y reproductiva. Como ya se mencionó en la TABLA N° 1, la edad de inicio promedio de relaciones sexuales, en el año 2009, fue de un 16,4 en hombres y un 17,1 en mujeres, por lo que el promedio es de 16,72 años. La tendencia estadística respecto a años anteriores es que cada vez la edad de inicio es menor. Se presentan también algunas leves diferencias según nivel socio-

económico, en donde en estratos más altos la edad promedio es algo mayor (16,72 años), mientras que niveles socioeconómicos menores es de 16,48 años (MINSAL, 2012).

El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual sí marca diferencias en relación al nivel socio-económico, pues en los niveles más altos es de un 76,1%, mientras que en los más bajos es de un 39,3%. Por otra parte, también hay un mayor uso de preservativos en adolescentes de ingresos familiares más elevados (MINSAL, 2012).

En el sistema público de salud, durante el año 2009 había un 21,6% de embarazadas adolescentes en control, de las cuales un 20,6% corresponde a jóvenes entre los 15 y 19 años. Se ha observado un alza en embarazos adolescentes en los últimos años. Otra cifra alarmante es que ha aumentado el segundo embarazo en adolescentes, llegando a 5.880 jóvenes en Chile. La tasa de fecundidad en adolescentes también se asocia al nivel socio-económico, pues en los hogares con menos ingreso se presenta la mayor prevalencia. Un 35,5% presenta indicadores de riesgo psicosocial según Escala de Riesgo Psicosocial para embarazadas (EPSA) que se aplica en los controles prenatales. Los datos anteriores nos llevan a la conclusión de cómo el embarazo adolescente es un problema dentro del ámbito de la salud y el ámbito social

En Chile, hay patologías en salud mental que se encuentran incorporadas al AUGE (Garantías Explícitas en Salud), dentro de las que destacan tratamiento de la esquizofrenia para adolescente con un primer episodio, depresión en personas desde los 15 años, y consumo perjudicial de alcohol y drogas en adolescentes entre los 10 y 19 años (MINSAL, 2012).

Actualmente el Ministerio de Salud de Chile (2012) dispuso el Programa de Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de acción 2012-2020. Nivel Primario de Atención, con el objetivo de mejorar la salud de adolescentes y jóvenes, en base a nuevas acciones preventivas y de promoción que contribuyan a fortalecer los factores protectores y a reducir los de riesgo; dentro de un enfoque de derechos y de determinantes sociales de salud.

2.4. ADOLESCENTE Y FAMILIA

Uno de los aspectos a considerar en este estudio es el del adolescente en su contexto familiar. Antes de empezar a describir los contenidos relacionados al adolescente y su contexto familiar resulta relevante mencionar algunos datos propios de la familia chilena.

2.4.1 Datos demográficos y estructura de la familia chilena

En los hogares chilenos, actualmente se evidencian una serie de transformaciones en la estructura familiar respecto a años anteriores. Estos cambios experimentados por los hogares son producto de un conjunto de variables dentro de las que se consideran la composición de población por sexo y edad, los cambios en las tasas de fecundidad y mortalidad, la importancia del estado civil como condicionante de la conformación de parejas, factores económicos y de índole sociocultural (INE, 2009).

Datos estadísticos nacionales basados en el CENSO del año 1992 y 2002, indican que la familia nuclear biparental con hijos o familia tradicional, si bien se mantiene como el tipo de familia mayoritario en Chile, mostró un descenso en el año 2002 respecto al año 1992; mientras que los hogares unipersonales, biparentales sin hijos, y monoparentales con hijos, presentaron un incremento en el último CENSO. Por otra parte, llama la atención que las familias extensas mono y biparental, y familias compuestas, presentaron un leve descenso en el año 2002, respecto al año de estudio anterior. Durante el año 2002, se aprecia un incremento en el número de familias totales, siendo en total 4.141.427 hogares en Chile, de estas un 52,3% corresponde a familias en las que cohabitan a los menos ambos padres. En la Tabla N° 2 se presentan los datos estadísticos, así como una definición de cada tipo de familia (INE, 2005).

TABLA N° 2. TIPOS DE FAMILIA Y ESTADÍSTICAS NACIONALES

TIPO DE FAMILIA	DEFINICIÓN	1992	2002
		%	%
Nuclear Monoparental sin hijos/as	Unipersonal, constituido por una sola persona que es jefe/a de hogar	8,5	11,6
Nuclear Monoparental con hijos/as	Constituido por el/la jefe/a de hogar y al menos un hijo/a o hijastro/a	8,6	9,7
Nuclear Biparental con hijos/as	Constituido por un/a jefe/a de hogar, su cónyuge o conviviente, con presencia de hijos/as o hijastros/as	41,6	37,4
Nuclear Biparental sin hijos/as	Compuesto por dos personas: un/a jefe/a de hogar y su cónyuge o conviviente, sin presencia de hijos.	7,5	9,9
Extenso Biparental	Compuesto por un/a jefe/a de hogar, su cónyuge o conviviente, con o sin presencia de hijos o hijastros, y al menos con otro pariente	16,5	14,9
Extenso Monoparental	Compuesto por un/a jefe/a de hogar, con o sin presencia de hijos o hijastros, y al menos con otro pariente	7,1	7
Compuesto	Constituido por un/a jefe/a de hogar, con o sin cónyuge o conviviente, con o sin hijos o hijastros, y la presencia de al menos una persona que no sea pariente	4,3	3,2
Sin núcleo familiar	Constituido por un/a jefe/a de hogar y una persona pariente o no pariente, vinculada a él/ella por relación distinta a la alianza o filiación	5,9	6,3

Otro cambio a destacar en el marco de los hogares chilenos, ha sido el aumento progresivo de la jefatura de hogar femenina. En un plazo de 20 años, desde 1982 hasta el año 2002, la jefatura femenina aumentó casi 10 puntos porcentuales, desde un 21,6% en el año 1982 hasta un 31,5% en el 2002 (INE, 2009).

Estos datos dan cuenta de una realidad interesante al momento de hablar de familias chilenas, debido a que los cambios en la estructura familiar probablemente impacta en aspectos dinámicos y funcionales del funcionamiento familiar (INE, 2009).

Específicamente en relación a adolescentes y familias chilenas, los datos estadísticos nacionales del CENSO 2002 indican que la mayoría de los jóvenes viven en familias biparentales con hijos y extensa biparental (70,21%). En la TABLA N° 3 se presenta la distribución según tipo de familia en adolescentes. Cabe mencionar que los datos que arroja el Instituto Nacional de Estadísticas en esta materia, son presentados de acuerdo a tramos etarios específicos y no por el criterio de etapa de desarrollo, por lo que se considerará para este estudio, el tramo de 14 a 17 años. El total de jóvenes entre estas edades en el año 1992 fue de 929.517, y en el año 2002 fue de 1.024.386 (INE, 2005)

TABLA N° 3. ADOLESCENTES POR TIPO DE HOGAR SEGÚN CENSO 1992 Y 2002.

TIPO DE FAMILIA	1992	2002
	%	%
Nuclear Monoparental sin hijos/as	0,16	0,21
Nuclear Monoparental con hijos/as	9,77	11,04
Nuclear Biparental con hijos/as	46,62	48,9
Nuclear Biparental sin hijos/as	0,31	0,17
Extenso Biparental	23,34	21,31
Extenso Monoparental	9,39	9,86
Compuesto	7,11	5,17
Sin núcleo familiar	3,3	3,35

Se considera relevante mostrar estos datos con el objeto de contextualizar al momento de hablar de adolescente y familia, pues ya no se está frente a un panorama de “familia tradicional” sino que a una diversidad de grupos familiares.

2.4.2. Dinámica de las familias con hijos adolescentes

Respecto a la dinámica familiar con uno o más hijos adolescentes aparecen distintas variables a considerar. En general, el sistema relacional de una familia con un hijo adolescente se enfrenta cambios significativos, que pueden acompañarse de incertidumbre y conflicto entre uno o más miembros de la familia (Carrasco, s/f)

Respecto a aspectos propios del adolescente que impactan la relación padres e hijos, éstos se relacionan con los cambios psicológicos ya descritos, tanto en el ámbito cognitivo y socio-emocional. Ejemplo de lo anterior es que en general el adolescente tiende a buscar mayor independencia tanto mental, social y emocional, lo que se traduce en menor tiempo de compartir entre padres e hijos, áreas de interés diferentes, ideas particulares que pueden diferir con las de ellos, así como un aumento del tiempo destinado a los espacios con los pares. A su vez mantienen en momentos conductas asociadas a necesidades infantiles, como mayor protección y control por parte de sus padres (Carrasco, s/f; Páramo, 2008).

A nivel de los padres, se ha descrito cómo la etapa del ciclo vital de ellos también puede generar un impacto en el ajuste parental frente al adolescente. Ejemplo de lo anterior es cuando comienzan a tener preocupaciones por aspectos físicos, problemáticas de salud asociados a la adultez, variables económicas, evaluación de los logros alcanzados, reevaluación de sus proyectos y ambiciones, duelo por las metas que se habían planteado y no alcanzaron, entre otras (Carrasco, s/f; Steinber & Steinberg, 1994, citado por Parra, 2005). También se ha descrito como un factor que impacta la vida de los padres de adolescentes es que sus propios padres se jubilen o comiencen a presentar problemáticas de salud, con lo cual muchas veces comienzan a cuidar a sus propios progenitores (Sancho, 2002, citado por Parra, 2008).

Específicamente en el caso de las madres, se ha descrito que el rol de madre se ve amenazado frente al hijo adolescente, debido a la mayor autonomía de éstos; mientras que en otros casos, esta mayor autonomía favorece que la madre pueda dedicar tiempo a otras actividades, incrementando su propio bienestar psicológico (Steinberg & Silverberg, 1990; Steinberg & Steinberg, 1994 citados por Parra, 2005).

A nivel de la pareja, si ésta mantiene una relación satisfactoria y armoniosa funciona como elemento protector del bienestar en el rol de padres. Sin embargo, la insatisfacción en la relación de pareja no beneficia al ajuste en esta etapa en el ciclo familiar y haría que el rol de padres estaría más vulnerable a la aparición de problemas y desajustes (Steinberg & Silverberg, 1990; Steinberg & Steinberg, 1994 citados por Parra, 2005).

Desde el punto de vista interaccional algunos de los cambios son producto de la lucha del joven por mayor independencia lo cual genera tensiones en el ambiente familiar, haciéndolo más propenso a la aparición de conflictos. Respecto a las transformaciones en la posición social del adolescente, la obediencia y subordinación previas, se tornan insostenibles, generándose un impacto en la dinámica y comunicación familiar (Santillano, 2009). Por otra parte, surgen conflictos que tienen que ver con asuntos domésticos como por ejemplo quehaceres en el hogar, tareas escolares, vestimenta, dinero, permisos, citas y amigos (Adams & Laursen 2001; Barber, 1994, citado por Papalia et al., 2005).

En relación a los conflictos intergeneracionales, en base a numerosas investigaciones, se ha concluido que no se puede considerar a la adolescencia como una etapa inevitablemente conflictiva, esto se debe a que el origen de los conflictos no sólo se sitúa en las dificultades, necesidades o cambios evolutivos del adolescente, sino también en factores parentales que influyen en las tensiones, lo cual exige al sistema familiar un reajuste para lograr el equilibrio y es que es en los primeros años de la adolescencia cuando aumentan los conflictos disminuyendo progresivamente hasta que el joven abandona el hogar (Paramo, 2008).

Diversos autores describen que es frecuente ver a los padres o figuras parentales sin recursos que les permitan comprender las necesidades de crecimiento de los adolescentes, y potenciar la autonomía y maduración, adoptando estilos de crianza que oscilan entre aquellos autoritarios restrictivos o aquellos permisivos flexibles, quedando en una posición de par frente a los hijos (Santillano, 2009).

Específicamente respecto a los estilos de crianza parentales con un hijo adolescente, se ha visto que estilos restrictivos y habilitadores pueden influir en la frecuencia de conductas de riesgo del joven. De esta manera, cuando los padres se muestran con una disciplina consistente, fijando límites claros y bien definidos, monitoreando lo que los hijos hacen, éstos presentarían menos problemas y conductas de riesgo, por lo tanto un adecuado vínculo familiar se constituye como un factor protector respecto a los adolescentes (Baumrind, 1991, citado en Papalia et al, 2005; Correa et al., 2012; Florenzano et al., 2009).

De acuerdo a las fases de la adolescencia ya descritas, en la primera fase (entre los 10 y 13 años), las figuras parentales continúan siendo un referente para los jóvenes, éstos buscan su apoyo y comprensión, sin embargo gradualmente los pares o nuevos grupos de referencia comienzan a tener más preponderancia, con lo que en las familias surgen ansiedades ante un futuro incierto que comienza con las primeras búsquedas de diferenciación, como ocurre frente a los nuevos referentes de sus hijos, no fomentando la autonomía en la toma de decisiones. Lo anterior se ve afectado por las fortalezas y debilidades de cada familia, y con ello a la interpretación de los hechos, y visión respecto a esta edad. Asimismo, la familia tiende a enfatizar en riesgos y perspectivas morales, tendiente a una diferencia por sexo, pues con las adolescentes mujeres prima un discurso más conservador, asociado a mayor control y vigilancia, mientras que con los hombres se tiende a presentar mayor estímulo y libertad (Krauskopof, 1999).

En la fase siguiente (entre los 14 y 16 años) se presentaría un duelo parental por la pérdida del hijo fantaseado, por la pérdida de su hijo-niño, por su rol de padres incuestionados, de este modo la familia ya no se constituye como el espacio de confirmación de la autoestima

del hijo, así como cada vez se vuelve más evidente la diferenciación y autonomía de estos últimos respecto a sus padres. De esta manera surge el desafío de aceptarlo en esta nueva etapa. En esta etapa tienden a presentarse desacuerdos, confrontaciones y más distanciamiento entre los adolescentes y sus figuras parentales, y otras de autoridad también. Ejemplo de lo anterior, es lo relacionado a los discursos sobre riesgos y aspectos morales, en donde los padres tienden a no incluir la vivencia propia del joven respecto al enamoramiento y ser pareja, y se mantienen más bien en el ámbito de la salud reproductiva o cánones morales específicos de cada familia, potenciando un distanciamiento entre ambos, y una vivencia del joven de incompreensión respecto a ellos. Otro ejemplo, es en respecto a los logros a nivel cognitivo, pues frente a las nuevas posturas, ideologías y creencias de los adolescentes, las figuras parentales tienden a mostrarse controladoras y cuestionadoras, desestimando muchas veces los argumentos de los jóvenes. Lo anterior también afecta en la cercanía y comunicación familiar (Krauskopof, 1999)..

Finalmente en la última etapa (17 a 19 años) se presentaría una restructuración de las relaciones familiares, así como un duelo parental por la separación física del joven respecto a su medio familiar asociado a la búsqueda e implementación del proyecto personal (Krauskopof, 1999).

La mayor parte de los estudios en relación a los determinantes familiares en relación a las prácticas educativas en la autoestima, independencia y la competencia de los adolescentes, indican que en una familia moderadamente autoritaria se encuentran adolescentes autoconfiados, con altos niveles de autoestima y una independencia responsable (Páramo, 2008). Otros autores plantean que es importante seguir investigando como otras variables como la red de apoyo social, características socioeconómicas del entorno o del grupo de pares limitan o acentúan el impacto del estilo educativo sobre el adolescente (Steinberg, 2001; Steinber & Morris, 2001 citado por Parra, 2005).

En un estudio chileno sobre percepción de la relación parental entre adolescentes, además de las conclusiones anteriores respecto al estilo de crianza, se especifica que mientras más aceptación emocional parental hay más iniciativa social, promoviendo la exploración del

mundo, y menos depresión en los propios adolescentes; también se especifica que el control psicológico se correlaciona con depresión y conductas antisociales. Este estudio buscó evaluar cómo se relacionan conductas de riesgo y sintomatología depresiva en adolescentes, de acuerdo al modelo interaccional de Barber, basado en tres dimensiones de estilo de parentalidad. La dimensión aceptación v/s rechazo emocional parental alude al compartir experiencias, a las expresiones afectivas hacia los hijos, interés y aceptación por sus actividades e intereses. Por control psicológico se alude a la dimensión control v/s autonomía psicológica, que se refiere a invalidación de sentimientos, restricciones de expresiones verbales, retiro de amor e inducción de culpabilidad. La última dimensión es control firme v/s control laxo, ya descrito anteriormente (Florenzano et al., 2009).

3. TRABAJO TERAPÉUTICO EN SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS

A continuación se realizará una descripción del sistema de salud chileno, con el objeto de contextualizar las acciones diseñadas en el plan de salud mental y psiquiatría como la estrategia de salud mental con la cual el gobierno intenta responder a las demandas en atención de salud mental de la población chilena. En este contexto el nivel de atención al cual se dará énfasis es el de atención primaria de salud mental, debido a ser éste el contexto de atención en el estudio en psicoterapia donde se situará esta investigación.

El sistema de salud en Chile es mixto, es decir, privado y estatal. El subsistema público cubre el 80% de la población. El fondo nacional de salud [FONASA] cubre al 80% de la población a través del sistema nacional de servicios de salud [SNSS] y su red de 29 servicios de salud regionales, y el sistema de atención municipal de atención primaria cubren alrededor del 70% de la población nacional. Un 3% adicional está cubierto por los servicios de salud de las fuerzas armadas y el 7% restante son trabajadores independientes y sus familias que no cotizan en FONASA y que en caso de necesidad utilizan los servicios del sector público (Montekio, Reyes & Anick, 2011).

Los servicios de salud públicos y sus redes asistenciales se financian con impuestos generales, aportes municipales y copagos hechos por los afiliados al FONASA. Los beneficiarios del FONASA tienen acceso a dos modalidades de atención: la atención institucional y el modo libre elección. La primera comprende a la atención que brindan instituciones públicas de salud con cierta limitación en la capacidad de elección del prestador. Los usuarios, al momento de recibir la atención deben realizar copagos que val desde un 10% a 20% del precio fijado por FONASA de acuerdo con su nivel de ingresos, excepto los más pobres, los mayores de 60 y los portadores de algunas patologías específicas. Cualquier beneficiario de FONASA, puede elegir el modo libre elección y mediante un copago equivalente a la diferencia entre el precio fijado por los prestadores para cada prestación y la cantidad fija aportada por FONASA, puede elegir el prestador dentro del sector privado. Estos copagos se establecen tomando en cuenta el nivel de calidad del prestador siguiendo una clasificación en tres grupos a los cuales deben registrarse los

proveedores. A esta modalidad suelen recurrir los beneficiarios de FONASA con mayores ingresos (Montekio, Reyes & Anick, 2011).

El sector privado está compuesto por las instituciones de salud previsional [ISAPRE], que cubre a aproximadamente el 17.5% de la población y proveen servicios a través de instalaciones tanto privadas como públicas. Un reducido sector de la población paga por la atención a la salud directamente de su bolsillo (Montekio, Reyes & Anick, 2011).

El organismo coordinador del servicio de salud es el Ministerio de Salud de Chile, el cual establece normas técnicas para su funcionamiento y deberá cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe. El servicio de salud tiene la obligación de garantizar a todos los ciudadanos el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud. Los ciudadanos poseen la libertad de escoger entre los servicios públicos o privados (MINSAL, 2012; Montekio, Reyes & Anick, 2011).

Según el Ministerio de Salud de Chile, la misión de los servicios de salud es la siguiente:

A los servicios de salud les corresponderá la articulación, gestión y desarrollo de red asistencial correspondiente para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas (MINSAL, 2012, s/p.)

El Servicio Salud de Chile tiene a su cargo 29 servicios de salud, los cuales son organismos estatales funcionalmente descentralizados y distribuidos en el todo el territorio, están dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus fines. Sus sedes y territorios serán establecidos por decreto supremo del ministerio de salud, por orden del presidente. Los servicios de salud proveen servicios ambulatorios y hospitalarios para los afiliados a FONASA. La atención primaria es administrada por los servicios municipales de atención a la salud, bajo la supervisión del Ministerio de Salud (MINSAL, 2012; Montekio, Reyes & Anick, 2011).

La red asistencial de cada servicio de salud está constituida por un conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el servicio de salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales colaboran y se complementan entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población (MINSAL, 2012).

La red asistencial de cada servicio de salud puede colaborar y se complementarse con la de otros servicios de y con otras instituciones públicas o privadas que correspondan, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población (MINSAL, 2012).

La red de cada servicio de salud se organiza con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos (MINSAL, 2012).

En aquellas regiones que tengan más de un servicio de salud (como es la región metropolitana) existe un consejo de coordinación de redes regionales integrados por los directores de los respectivos servicios, que es presidido directamente por el subsecretario de redes asistenciales o por quién éste designe. Su funcionamiento se rige por las normas e instrucciones que éste imparta al respecto. Su función es diseñar, proponer y evaluar mecanismos de coordinación e integración técnica y administrativa de la Red Asistencial regional en lo referido al desarrollo de los diferentes niveles de complejidad de los establecimientos integrantes de la Red, así como de los sistemas de comunicación, referencia, derivación y contraderivación de pacientes y las demás materias que sean necesarias para la adecuada atención de la población y el mejor uso de los recursos de salud (MINSAL, 2012).

Como ya se mencionó anteriormente, las redes asistenciales se organizan en diferentes niveles de atención compuestos por un nivel de atención primaria y otros niveles de mayor complejidad. Estos tres niveles son:

- a) Atención Primaria (Cecof, Centros de Salud y Centros de Salud Familiar)
- b) Atención de Especialidades (Centros de Diagnóstico y Tratamiento)
- c) Atención de mayor complejidad (Hospitales).

Toda esta forma de operar se basa en un modelo de salud propuesto por el gobierno en la reforma de salud en el año 1995 llamado Modelo de salud integral, el cual es un modelo que se dirige más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, las cuales son consideradas en su integridad física, mental y social. Esto se relaciona con que como seres sociales y pertenecientes a distintos tipos de familia y comunidad, las personas están en un permanente proceso de integración y adaptación a un medio ambiente físico, social y cultural que siempre debe ser tomado en cuenta para comprender el por qué las personas se enferman (MINSAL, 2012).

Este modelo de atención es una descripción de la forma óptima de organizar las acciones sanitarias de modo de satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y del propio sector. Este modelo se dirige al logro de una mejor calidad de vida para las personas, las familias y las comunidades con un énfasis en la anticipación de los problemas y el consiguiente acento en la promoción de salud y prevención de la enfermedad (MINSAL, 2012).

Por otra parte, desde los preocupantes resultados encontrados en la encuesta nacional de salud en el año 2010 y apoyados en los determinantes sociales de salud de la población según la OMS, el ministerio de salud de Chile convocó a diversos actores sociales y de la sociedad civil para iniciar un proceso de construcción y formulación de la estrategia nacional de salud 2011-2020, en concordancia con el modelo de salud integral (MINSAL, 2012).

Simultáneamente y alineados con esta estrategia nacional de salud a esto el equipo técnico del programa de Adolescencia del Ministerio de Salud, ha desarrollado un plan nacional de adolescencia y un plan de acción, de manera de orientar la implementación de estrategias que permitan el logro de los objetivos propuestos para la atención integral de adolescentes y jóvenes en las Seremi y Servicios de Salud de todo el país (programa nacional de salud integral adolescentes 2012)

Una de las prioridades programáticas tanto en la estrategia nacional de salud y en el plan nacional de adolescencia es la disminución de la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental y el mejoramiento de los niveles de salud mental en la población (MINSAL, 2012).

Uno de los objetivos sanitarios nacionales y una de las metas del proceso de la reforma de la salud ha sido el desarrollo de un modelo de salud mental y psiquiatría en el sector público chileno. En salud pública de la gran mayoría de los países del mundo, la salud mental es indiscutiblemente un tema importante y Chile no es la excepción. El Ministerio de Salud de Chile a partir de la década de los 90 debido a la necesidad de adecuarse a las necesidades de la población y a partir de lo planteado en su estrategia nacional de salud del año 2011, ha desarrollado un conjunto de estrategias con el objeto de cumplir el objetivo de disminuir la prevalencia de discapacidad de personas con enfermedad mental, para lo cual es necesario orientar los recursos del estado hacia acciones que mejoren el bienestar y la salud mental de los chilenos (MINSAL, 2012).

Las estrategias planteadas son las siguientes:

- Incorporación al GES de varias patologías de salud mental: la depresión en personas mayores de 15 años, el primer episodio de esquizofrenia y el tratamiento para personas menores de 20 años con consumo perjudicial y dependencia leve a moderada de alcohol y drogas.

- Capacitación del recurso humano mediante la entrega de becas parciales o con la coordinación de centros formadores. Ejemplos de estos cursos son diploma en “Salud Mental Comunitaria” con MEDICHI; diploma “Gestión del Cuidado de Enfermería en Salud Mental” con la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile; diploma “Salud Mental de niños/ as y de sus cuidadores”, con MEDICHI; diploma “Gestión en Salud Mental”, con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile; Curso Prevención del Suicidio, entre varios otros.
- Elaboración de diversas normativas y orientaciones técnicas, guías clínicas y reglamentos, algunos de éstas son:
 - Guía Clínica para la detección y tratamiento temprano del consumo problema y la dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la atención primaria
 - Guía Clínica para el consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años;
 - Guía clínica para el tratamiento de personas con depresión
 - Guía Clínica para el primer episodio de esquizofrenia
- Medir la prevalencia y discapacidad poblacional de los trastornos mentales, esto es que debido a la importancia de medir estas mediciones permitirá evaluar el éxito de las políticas y estrategias implementadas.
- Aumentar la cobertura de los equipos especializados en salud mental y la utilización de los instrumentos de pesquisa, esto se refiere a la detección temprana y el tratamiento oportuno, como elementos fundamentales de prevención de discapacidad originada por los trastornos mentales. Aquí también se propone aumentar la aplicación de instrumentos de pesquisa de trastornos mentales.
- Mejorar la calidad de las intervenciones a través del aumento de la adherencia y cumplimiento de estándares clínicos, esto se refiere específicamente al abordaje de la calidad de los tratamientos de personas con primer episodio de esquizofrenia, de

personas de 15 y mas años con depresión y de personas menores de 20 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas. Para este fin se aumentará el cumplimiento de los estándares propuestos en las guías clínicas correspondientes, siendo la adherencia uno de los elementos fundamentales a seguir y resguardar debido a ser uno de los factores más importantes para la prevención del deterioro clínico y la discapacidad asociada a los trastornos mentales (OMS, 2004, citado por MINSAL, 2011)

- Como última estrategia abordaremos el modelo comunitario de atención de salud mental y psiquiatría llevado a cabo en el “Plan de salud mental y psiquiatría”. Esta estrategia caracteriza por tomar en cuenta las líneas de acción propuestas por la organización mundial de la salud (OMS) en su informe sobre la salud en el mundo en el año 2001 (Minoletti & Zaccaria, 2005; Ministerio de salud de Chile, 2012).

El plan nacional de salud mental y psiquiatría tiene como propósito *“Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”* (MINSAL, 2012, s/p).

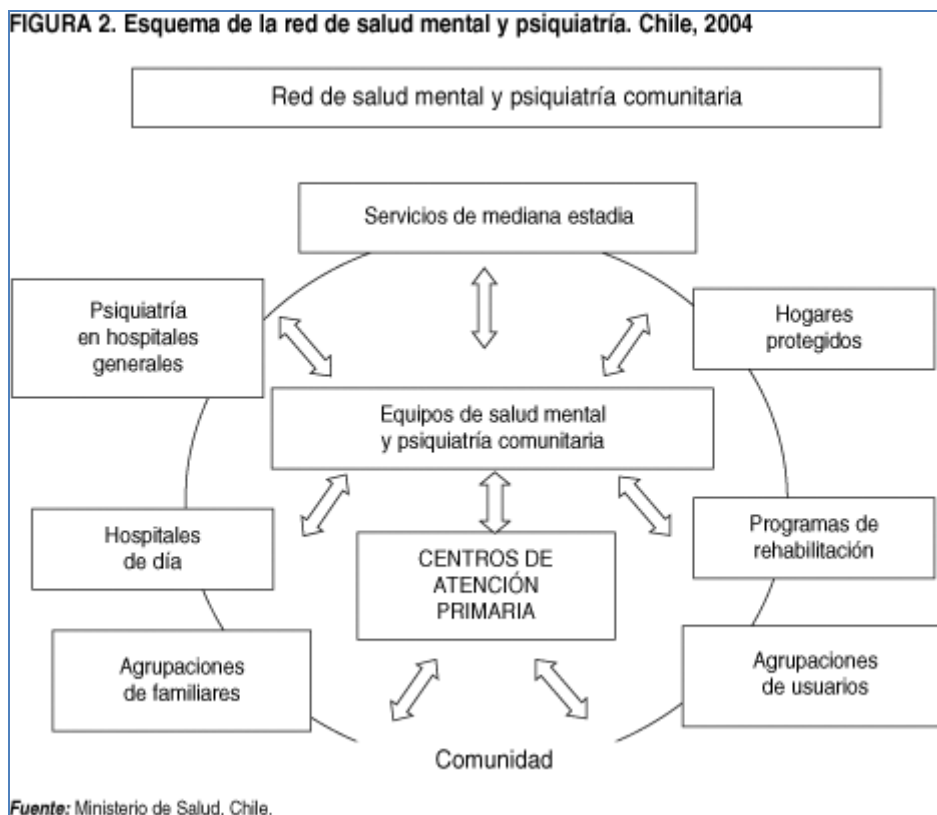
Desde Este plan de salud mental y psiquiatría se elabora un programa de salud mental y psiquiatría el cual sus actividades se basan en la evidencia existente respecto de la efectividad y el costo de las intervenciones para cada una de las prioridades, en las opiniones de expertos a nivel nacional y en normativas técnicas internacionales. Los objetivos específicos de Este plan son los siguientes:

- a) Desarrollar factores protectores de la salud mental en la población beneficiaria.
- b) Evitar o retrasar la aparición de enfermedades mentales prevenibles.
- c) Detectar y tratar precozmente las enfermedades mentales mediante intervenciones de costo efectividad sustentada en evidencia.

- d) Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales de larga evolución y de sus familiares y/o cuidadores.

Este plan en concordancia con el modelo de salud integral, hace hincapié en un enfoque biopsicosocial y comunitario de los problemas de salud mental. Este modelo permite que la distribución de los recursos ya sean públicos o privados se apliquen a los trastornos de salud mental y enfermedades psiquiátricas de la población de una determinada área geográfica en forma coordinada, integrada, dando prioridad a las estrategias comunitarias y participativas, según las realidades y necesidades de cada género y grupo sociocultural.

Según este modelo, el eje del apoyo organizativo es el equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria, sintetizada por el ministerio de la siguiente manera:



Las estrategias que el plan de salud mental y psiquiatría establece para el logro de sus objetivos son las siguientes:

- El plan de salud mental y psiquiatría define acciones en el sector de salud en que se debe proponer y participar intersectorialmente mediante la coordinación con otros sectores del gobierno o la sociedad civil, en acciones de promoción de la salud mental que hayan demostrado ser potencialmente efectivas realizado a través de los espacios de convivencia y a través de la comunicación social. Esto implica el coordinar con otros sectores del gobierno u de la sociedad civil. Esto se definió en cuatro ámbitos de acción: las escuelas, los centros de trabajo, los barrios y comunas y las personas en conflicto con la justicia (Minoletti & Zaccaria, 2005; MINSAL, 2012).
- Poner al alcance de las personas el conjunto de intervenciones/acciones que han demostrado el mayor costo - efectividad en la prevención, tratamiento y rehabilitación de cada tipo de trastorno mental, según el nivel de resolución, el equipo o establecimiento en el que se realiza la acción y el contexto general de la red de servicios. Las atenciones aisladas, aún cuando cada una tenga la calidad suficiente, pueden no ser resolutivas si no responden a una estrategia sanitaria integral. (Minoletti & Zaccaria, 2005; MINSAL, 2012).
- Las organizaciones formales de usuarios de servicios de salud y de sus familiares son relativamente nuevas. A inicios de los 90 debido a los esfuerzos por crear servicios modernos de salud mental post la dictadura, surgió el movimiento de familiares con pacientes con trastornos mentales graves. El plan nacional de salud mental y psiquiatría propone la idea de incentivar, apoyar técnicamente y dar soporte financiero a las agrupaciones de usuarios y familiares con el fin de reforzar sus propias capacidades de autoayuda, facilitarles el control social y colaboración en la calidad de la atención, la protección de los derechos de los pacientes, la presión social para el aumento de los recursos sectoriales e intersectoriales y como proveedores. (A. Minoletti, A Zaccaria 2005; Ministerio de salud de Chile, 2012).

- El plan de salud mental busca privilegiar las intervenciones preventivas tempranas que pueden ser realizadas por profesionales y técnicos del equipo de salud general, reservar los recursos especializados ambulatorios para la asesoría al nivel primario y atención de casos más complejos y restringir la institucionalización al máximo que resulte adecuado para el paciente, su familia y comunidad (MINSAL, 2012).
- Reforzar y crear equipos especializados de salud mental y psiquiatría ambulatoria con la responsabilidad de dar respuesta a las necesidades de una población definida, de alrededor 50.000 personas, equipos que entregarán ésta atención desde el establecimiento más adecuado y de más fácil acceso a las personas (MINSAL, 2012).
- Realización de actividades regulares para la coordinación en red de los dispositivos para la hospitalización, cuidado residencial, cuidado diurno, programas de rehabilitación, reinserción social, tanto institucionales como comunitarios o privados, cuyo eje especializado es el equipo ambulatorio (MINSAL, 2012).
- Redefinir periódicamente las actividades o prestaciones que cada dispositivo de la red entrega, en función de las necesidades de la población, los recursos de la red y de la evaluación sistemática de la atención, de modo que la atención sea de la mayor capacidad de resolución y siempre lo más cercana posible al paciente, su familia y la comunidad (MINSAL, 2012).
- Realizar actividades regulares que faciliten y motiven la participación de los pacientes, familiares y de sus organizadores en los distintos niveles de la red de servicios (MINSAL, 2012).
- Difundir guías clínicas y protocolos actualizados en base a la evidencia para orientar las acciones más costo efectivas que debe realizar cada servicio, dispositivo o establecimiento de la red local, de modo de lograr la más adecuada utilización de los recursos en beneficio de las personas.

- Evaluar, en forma sistemática, la eficiencia de la red en cuanto a satisfacción de usuarios y prestadores y de indicadores tales como nivel de información y comprensión que tiene el paciente y familiares acerca de su tratamiento, tiempos de espera, tiempos de traslado, continuidad del equipo tratante, etc. y mediante estudios epidemiológicos. Para esto la unidad de salud mental del ministerio de salud ha desarrollado una serie de regulaciones que establecen como organizar la atención de salud mental y psiquiatría. Para esto se han desarrollado sistemas para evaluar estándares de calidad de los diversos establecimientos de salud mental y psiquiatría en el sector público (Minoletti & Zaccaria, 2005; MINSAL, 2012).
- Incorporar las actividades del programa a los sistemas de programación y financiamiento de la atención primaria y a la facturación de los establecimientos del sistema público institucional, en forma flexible, de acuerdo a los recursos de la red local de servicios, y al sistema de libre elección de FONASA, ISAPRES y MUTUALES (MINSAL, 2012).

El modelo biopsicosocial y comunitario para el abordaje de los problemas de salud mental aquí expuesto como una forma de abordar los problemas de salud mental favorece especialmente las acciones de promoción y prevención y el fortalecimiento de la atención primaria, con una buena capacidad resolutive enfocada en las personas, familias y comunidades (Minoletti & Zaccaria, 2005)

Es por esto y debido a lo descrito en los antecedentes de ésta investigación que ésta última parte se enfocará principalmente en describir estructural y funcionalmente el contexto de la atención primaria, dando énfasis en la atención en salud mental en y la psicoterapia en los CESFAM, como contexto de investigación donde se sitúa ésta investigación.

La atención primaria de salud está compuesta de por los siguientes servicios:

- a) Consultorios de atención Primaria o Centros de Salud (CES)
- b) Centros de Salud Familiar (CESFAM)
- c) Centros comunitarios de Salud (CECOF)
- d) Servicios de Atención primaria de Urgencia (SAPU)
- e) Postas y hospitales comunitarios

Los CESFAM trabajan desde un modelo de Salud integral con enfoque familiar y comunitario, su énfasis es en la promoción y prevención de salud, se centra en las familias y en la comunidad dando importancia a la participación ciudadana. Los CESFAM trabajan con un equipo de salud de cabecera que atiende a toda la familia tanto en condición de salud y enfermedad durante todo el ciclo vital.

Los CECOF brindan atenciones básicas de salud y funcionan como una extensión de un CESFAM o Consultorio, dependiendo de éstos para acciones más complejas. Por su cercanía con la población pretende resolver de manera más oportuna y expedita la demanda de necesidades de salud de la población.

Los SAPU son establecimientos preparados para resolver urgencias médicas de baja complejidad, encargados también de dar la primera atención médica de problemas de salud que conlleven un riesgo de muerte, estabilizar al paciente y trasladarlo a una Unidad de Urgencia Hospitalaria.

Las Postas Rurales de salud tendrán por objeto extender las acciones de salud a la población rural alejada de otro establecimiento asistencial, a través de actividades dirigidas a mantener y preservar la salud individual y colectiva.

En concordancia con el modelo comunitario del plan de salud mental y psiquiatría, en el año 2006 se expandió el programa de salud mental en la atención primaria que incorpora cuadros clínicos como depresión, violencia intrafamiliar, consumo de alcohol y otras

drogas, trastornos hipercinéticos, maltrato infantil y trastornos emocionales o conductuales de la infancia y la adolescencia. En este programa la incorporación de psicólogos ha sido relevante y actualmente realiza tratamiento de problemas de salud mental en todos los centros de atención primaria del país (MINSAL 2011; 2012).

En atención primaria las actividades realizadas deben ser por el equipo de salud general (incluyendo psicólogo) en consultorios, centros de salud, centros de salud familiar, consultas médicos generales, centros comunitarios de salud mental familiar (COSAM) (MINSAL, 2001).

A continuación describiremos las actividades en salud mental que se realizan en atención primaria extraídas según el plan de salud mental y psiquiatría, esto lo haremos con el objeto de describir el contexto de trabajo del psicólogo (en este caso terapeuta sistémico) en atención primaria, en el que como se verá en este apartado, sus funciones no son solamente hacer psicoterapia, sino que son otro tipo de intervenciones o prestaciones que le son requeridas en éste nivel de atención.

Las actividades en salud mental que se realizan en atención primaria según el plan de salud mental y psiquiatría:

a) Actividades para la articulación entre el nivel primario y secundario

Con el objeto de aumentar y mantener la capacidad resolutive del nivel primario y evitar la sobrecarga del nivel secundario, se requiere que los especialistas (psiquiatras, neurólogos, etc.) asesoren de manera continua a los equipos del primer nivel de atención. Así, los equipos de salud general reciben información y adquieren habilidades para realizar en forma efectiva todas las acciones del programa para la promoción, prevención, detección, tratamiento, rehabilitación y derivación.

Esta asesoría se realiza a través de la siguiente prestación o actividad.

- Consultoría de salud mental: *se define como “actividad conjunta e interactiva entre el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y el equipo de salud del nivel primario, en forma de reuniones clínico – técnicas y atención conjunta de pacientes. La periodicidad de esta actividad debe ser al menos de una vez al mes por equipo de salud general o consultorio”.*

b) Actividades para la promoción de factores protectores de la salud mental de la población general

Las acciones de promoción están dirigidas a estimular los factores de las personas y comunidades para enfrentar los desafíos de la vida diaria, para así mejorar su capacidad para manejar el estrés y promoviendo relaciones sociales de apoyo.

Las actividades de promoción que el equipo de salud general debe realizar son necesariamente intersectoriales, con el objetivo de proponer, participar y aportar información técnica y material de apoyo para permitir, motivar y orientar a que las personas, familias y grupos refuercen, adquieran y compartan habilidades, estén mejor informados y se organicen para alcanzar y mantener un mejor nivel de salud mental.

La actividad para cumplir este objetivo es la siguiente:

- Intervención / actividad comunitaria: ésta actividad se realiza por la asistente social, enfermera, matrona, psicólogo, médico, u otro integrante del equipo de salud general, con organizaciones locales (o con personas capaces de crearlas), redes comunales de prevención, organizaciones de usuarios y / o familiares, sociales, laborales, escolares, de vivienda, de justicia, organizaciones no gubernamentales, privadas, medios de comunicación, otros.

c) Actividades para la prevención en salud mental.

La prevención más efectiva para evitar o retrasar la aparición de una enfermedad mental es aquella que se realiza con población que no está demandando atención por salud mental, pero que presenta factores de riesgo o está comenzando a presentar problemas o síntomas de una probable enfermedad mental.

Las actividades de prevención están dirigidas a dos tipos de personas:

- Grupos de mayor riesgo identificables entre las personas que acuden a los establecimientos de salud primaria: los portadores de una patología somática crónica, aquellos en los que se detecta un evento vital agudo, afectados por violencia, familiares de personas con enfermedades mentales o discapacidad, personas en condición de pobreza o marginación, consumidores de drogas y exceso de alcohol, niños
- Personas en las que es posible detectar, mediante la búsqueda activa, síntomas o condiciones de alto riesgo para su salud mental, en las actividades habituales del equipo de salud general, tales como:
 - Control de salud, examen de salud escolar, consulta de morbilidad del niño.
 - Controles de salud, consulta de morbilidad y actividades para post menopausia dirigidos a la mujer.
 - Examen de salud preventivo del adulto (ESPA), programas de control de pacientes crónicos.
 - Control de salud, consulta de morbilidad para adolescentes.
 - Control de salud y consulta de morbilidad para adultos mayores.

Las actividades que permiten al equipo de salud general realizar directamente acciones de prevención son cuatro:

- Intervención social grupal: que realiza la Asistente Social, Enfermera, Matrona, Psicólogo, Médico, u otro integrante del equipo de salud general, dirigidas a grupos de personas que presentan alto riesgo de enfermedad mental.
- Intervención / actividad comunitaria: que realiza la Asistente Social, Enfermera, Matrona, Psicólogo, Médico, u otro integrante del equipo de salud general, con organizaciones o redes de apoyo, grupos de autoayuda, establecimientos educacionales y centros laborales.
- Consulta médica de salud mental: que realiza en médico con personas consultantes en los que se detectan factores de alto riesgo para desarrollar una enfermedad mental.
- Consulta de salud mental: al igual que el anterior, pero, realizada por asistente social, enfermera, matrona, psicólogo u otro integrante del equipo de salud general.

d) Actividades para el tratamiento y la recuperación.

Las actividades para tratamiento de personas con diagnóstico de una enfermedad mental que realiza el equipo de salud general están dirigidas a las personas y sus familias, y su objetivo es la modificación de los factores biológicos, psicológicos y sociales que condicionan, desencadenan o perpetúan la enfermedad mental.

La capacidad de resolución del equipo de salud general, para cada enfermedad mental, depende de los recursos del establecimiento y de la efectividad de la asesoría que recibe del Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria

responsable del sector poblacional beneficiario de ese consultorio. Para asegurar esa capacidad de resolución, el médico general debe contar con los fármacos necesarios.

Muchas de las personas que presentan una enfermedad mental serán diagnosticadas y recibirán su tratamiento exclusivamente de parte del equipo de salud general, en una proporción distinta según la patología. Un número menor requerirá, además, que su caso sea analizado en una consultoría de salud mental del equipo que lo atiende con los especialistas del equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria. Algunos de estos pacientes serán derivados al equipo especializado para su diagnóstico e indicación de tratamiento, el que podrá ser realizado en muchos casos por el mismo equipo de salud general que lo refirió. Para todos estos pacientes, el médico y equipo tratante reconocido por él y su familia será el de salud general.

Los pacientes portadores de una enfermedad mental de larga evolución y/o con discapacidad, que han sido diagnosticados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y referidos a su consultorio con indicaciones, requieren, en forma más específica, actividades de rehabilitación para su reinserción social.

Las actividades para el tratamiento y la rehabilitación del equipo de salud general son las siguientes:

- Consulta médica de salud mental: realizada por el médico general con el paciente y un familiar o acompañante.
- Consulta de salud mental: realizado por psicólogo, enfermera, asistente social, matrona u otro profesional técnico.
- Intervención psicosocial grupal: realizada por el psicólogo, enfermera, asistente social, terapeuta ocupacional, matrona u otro profesional o técnico con el paciente y su familia.

- Visita de salud mental: realizada por el psicólogo, enfermera, asistente social, terapeuta ocupacional, matrona u otro profesional o técnico al domicilio, lugar de trabajo o escuela, dirigida al paciente, familiares y cuidadores, jefes y compañeros de trabajo, profesores.
- Psicoterapia individual /grupal: realizada por psicólogo clínico con personas con diagnóstico de una enfermedad mental.
- Intervención/actividad comunitaria: que realiza la asistente social, enfermera, terapeuta ocupacional, matrona, psicólogo, médico u otro integrante del equipo de salud general, con organizaciones o redes que apoyan al paciente y a la familia en su tratamiento y rehabilitación.

Para efectos de este estudio, en este capítulo se ha descrito brevemente algunos aspectos del sistema de salud chileno, en la estrategia nacional de salud y en concordancia con éste el programa nacional de salud integral de adolescentes. Uno de las prioridades programáticas de éstos programas es la disminución de la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental y el mejoramiento de los niveles de salud mental en la población, para esto se ha diseñado desde el año 2001 un plan de salud mental y psiquiatría el cual en concordancia con estos programas es una de las estrategias que ha desarrollado el Ministerio de salud para responder a las demandas de salud mental de la población. En este programa se ha puesto un acento a nivel de prevención y promoción en salud mental, para esto se ha aumentado progresivamente el presupuesto asignado a la atención primaria de salud como estrategia para el logro de estos objetivos. En atención primaria de salud actualmente se ha desarrollado un programa de salud mental y guías clínicas para la atención de salud mental del adolescente en concordancia con el plan de salud mental y psiquiatría. Finalmente se han descrito las acciones que se realizan en éste nivel de atención con el objeto de tener un abordaje técnico del quehacer del psicólogo (entre estos terapeutas de orientación sistémica) en atención primaria y así poder facilitar el análisis y la discusión a realizar en ésta investigación.

VI. MARCO METODOLÓGICO

1. DIMENSIÓN EPISTEMOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN: COMPENSIVO - HERMENÉUTICA

La dimensión epistemológica es la dimensión en la que se inicia toda investigación y su importancia radica es que es desde aquí donde se define el objeto de estudio hasta cómo se especificarán los métodos de recolección de información y de análisis de resultados. (Calventus, 2000).

El paradigma epistemológico en el que se realizará esta investigación será desde el paradigma comprensivo Hermenéutico desarrollado a partir de los planteamientos de autores como W. Dilthey y M. Weber. Este paradigma sitúa su foco en lo particular y característico del objeto de estudio mediante la reflexión del mismo, distinguiéndolo del interés del objeto de estudio de las ciencias naturales como la física y la química que se investiga mediante la aplicación del método científico. El paradigma Comprensivo Hermenéutico se caracteriza por el énfasis en el carácter interpretativo de la acción humana a la luz del contexto histórico social y cultural de la subjetividad, una concepción de una realidad simbólica y construida socialmente (significados e interpretaciones) no independiente del investigador (Calventus, 2000; Cornejo, 2005).

En términos epistemológicos, se podría decir entonces que en esta investigación lo que se desea conocer, su objeto de estudio será conocer desde el discurso de los terapeutas sistémicos que trabajan con adolescentes en atención primaria, cuáles son y cómo operan las estrategias que ellos emplean y que distinguen como efectivas en el proceso de psicoterapia ante las dificultades (distinguidas igualmente por ellos) que amenazan el proceso.

En resumen, la relevancia de la consideración de la epistemología de base para éste estudio tiene que ver con la noción de sujeto de estudio (en este caso el terapeuta sistémico que

trabaja con adolescentes) el cual es portador y/o constructor de sentido/significado, y el cual por su carácter único es el punto crucial en el estudio de las ciencias humanas (Cornejo C, 2005).

2. ENFOQUE TEÓRICO METODOLÓGICO: TEORÍA FUNDAMENTADA

La elección de un enfoque teórico metodológico se relaciona con el modelo que el investigador adopta para interpretar la realidad. Para efectos de esta investigación lo teórico no se considera como un cuerpo rígido a priori, sino desde una construcción sistemática, confrontada constantemente con la multiplicidad de ideas generadas por quienes las comparten y quienes se oponen a ellas, de las cuales resultan un conjunto de alternativas que se expresan en la investigación científica y que siguen diferentes zonas de sentido sobre la realidad estudiada (González, 2000).

Para ésta investigación elegiremos como enfoque teórico metodológico la teoría fundamentada. Glasser y Strauss en el año 1967 se refieren a esta como una teoría derivada de los datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación. En este método, la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos guardan estrecha relación entre sí. Esto condujo a llevar a una reducción empirista del papel de la teoría en la investigación. Los autores plantean que la teoría fundamentada es la que se debe desarrollar conjuntamente con la recopilación de datos rasgo distintivo del empirismo.

En esta investigación no se tiene como objetivo crear una teoría (en este caso la teoría sistémica que ya existe) sino que su propósito es ampliar el conocimiento en ésta área, aumentar su comprensión y proporcionar una guía significativa para la acción (Corbin y Strauss, 1998).

3. DISEÑO METODOLÓGICO: CUALITATIVO

Un método de investigación es "*un conjunto de operaciones o actividades que, dentro de un proceso preestablecido, se realizan de una manera sistemática para conocer y actuar sobre la realidad [para conocerla]*" (Pérez, 1994, citado por Calventus, 2000, p.18).

Para efectos de esta investigación y debido a la naturaleza del problema que se investiga, se ha optado por elegir un diseño metodológico de orden cualitativo. La metodología cualitativa corresponde a un modo de encarar el mundo empírico y en su amplio sentido a la investigación que produce datos a los que no se llega mediante procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación, sino que son datos descriptivos: las propias palabras de las personas ya sea de forma hablada o escrita, la conducta observable (Taylor & Bogdan, 1992; Corbin & Strauss, 1998).

Se busca la intención de un conocimiento que permita la comprensión de significados, percepciones, intenciones, emociones, acciones de las personas. El conocimiento es producido/construido por un sujeto cognoscente el cual está inmerso en una cultura y relaciones sociales particulares. Para esta metodología resulta esencial experimentar la realidad tal como los otros la experimentan, correspondiendo a una perspectiva fenomenológica que busca una comprensión detallada de la perspectiva de otras personas, no buscando la verdad absoluta y respetando las diferentes perspectivas que los sujetos poseen (González, 2000).

Es así como los métodos cualitativos permanecen próximos al mundo empírico y están destinados a generar un estrecho ajuste entre los datos y lo que la gente realmente y lo que realmente la gente dice y hace, lo que en definitiva da énfasis en la validez del estudio (González, 2000).

Para efectos de este estudio, se ha optado por una metodología cualitativa debido a que precisamente lo que se busca no son datos que se puedan cuantificar, sino que son contenidos cualitativos a partir de los relatos de los sujetos en éste caso los terapeutas en un

contexto particular que es el de la psicoterapia y las dificultades que se les presentan en éste contexto y las estrategias que despliegan frente a éstas dificultades.

4. DESCRIPCIÓN DEL TIPO Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.

El muestreo que se utiliza en la investigación cualitativa demanda que el investigador se coloque en la situación que mejor le permita recoger la información relevante para el concepto o teoría buscada. De esta manera, se orienta a la selección de aquellos individuos y dimensiones que le garanticen la mejor cantidad (saturación) y calidad (riqueza) de la información. Es por esto que el tipo de muestra utilizada para el presente estudio es una muestra intencionada o no probabilística y para esto se han definido criterios de intencionalidad que serán descritos a continuación (González, 2000).

El primer criterio de intencionalidad para esta investigación será el de optar con terapeutas que trabajen desde una orientación sistémica que tengan al menos tres años de experiencia en atención clínica con adolescentes, debido a una inquietud teórica del investigador y a que como se mencionó antes son escasas las líneas de investigación en ésta corriente teórica en relación a las dificultades y estrategias en psicoterapia con adolescentes, por lo tanto los terapeutas sistémicos por su orientación teórica, pueden ofrecer una buena calidad de información para conseguir este objetivo.

El segundo criterio de intencionalidad tiene que ver con el tiempo en el trabajo en atención clínica y psicoterapéutica con adolescentes. Para esto se consultó con un juez experto en psicoterapia el cual refirió que al menos 3 años de experiencia clínica con adolescentes podrían ser suficientes para asegurar que el entrevistado pueda brindar una buena calidad de información en relación a los objetivos presentados.

El tercer criterio de intencionalidad fue en relación al contexto, para esto, se consultó con tres jueces expertos, los cuales contribuyera a decidir en qué contexto de atención clínica con adolescentes sería más relevante hacer ésta investigación. Dos de los tres jueces

experto refirieron que debido a la multiplicidad de motivos de consulta existentes en atención primaria, éste sería el lugar más idóneo donde poder situar la investigación. Junto con esto, desde la literatura plantea que debido a la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en la adolescencia, el Ministerio de Salud pone un énfasis en reflexionar y centrar la atención en la importancia del abordaje por los servicios de salud mental, especialmente en atención primaria a esta población (MINSAL, 2009). Con esto podemos advertir que la atención primaria en el adolescente se hace relevante desde las intenciones del gobierno. Por estas dos razones se decide situar la investigación en éste contexto, por lo que los terapeutas deberán trabajar en este contexto como criterio de inclusión.

El cuarto criterio de intencionalidad surgió desde la pregunta ¿En cuál servicio de salud realizar esta investigación?. Para responder esta pregunta se tomó como criterio el servicio de salud que tuviese mayor densidad poblacional de adolescentes. Para esto se indagó a través de datos estadísticos y se concluyó que el servicio de salud con mayor densidad poblacional fue el servicio de salud metropolitano occidente (SSMOC, 2012), por lo tanto se elige para efectos de esta investigación.

En resumen, debido a la muestra ha sido definida por etapas sucesivas, ya que se han tomado distintas decisiones para su constitución y finalmente lo que se ha elegido como muestra son terapeutas sistémicos que tengan una experiencia mínima de tres años en el trabajo psicoterapéutico con adolescentes en centros de atención primaria de salud del Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Es importante señalar que la información aquí obtenida se presenta como un estudio cualitativo, orientado a la construcción de conocimiento desde la experiencia, los relatos y los puntos de vista de los sujetos participantes en el diálogo permanente con la teoría, sin la presencia de una hipótesis a verificar y sin intenciones ni expectativas de generalización.

5. TÉCNICAS DE PRODUCCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA Y ANÁLISIS DE CONTENIDO.

Para efectos de esta investigación, la técnica para la recolección de datos se realizó a través de la entrevista. *“La entrevista es una forma de recoger información consignando lo que los actores piensan acerca de lo que se está investigando”* (Prieto, 2001, p.17). La técnica de entrevista, supone una situación conversacional personal, en que el entrevistado es situado como ‘portador de una perspectiva’ que será abordada y manifestada en un diálogo con el entrevistador. Esta técnica posibilita el acceso a las representaciones sociales personalizadas, sistemas de normas y valores, imágenes y creencias prejuiciales, códigos y estereotipos cristalizados, etc.

El tipo de entrevista elegido fue la entrevista semiestructurada. La entrevista semiestructurada es una entrevista que se basa en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir no todas las preguntas están predeterminadas). En este caso la entrevista semiestructurada está orientada a recolectar información de terapeutas sistémicos que trabajan con adolescentes en atención primaria que permita analizar sus estrategias de enfrentamiento ante dificultades que amenazan el proceso terapéutico o que obstaculiza el cambio terapéutico o los logros esperados en la terapia.

Para efectos de esta investigación se tomó la decisión de realizar dos entrevistas a cada sujeto de muestra. En la primera entrevista se abordaron las siguientes dimensiones. Primero se obtendrán datos demográficos de los entrevistados, con el fin de tener una aproximación de quienes son ellos y para facilitar un ambiente más cómodo que permite la fluidez de la información. Posteriormente las preguntas estarán dirigidas a la identificación y descripción de las dificultades que los terapeutas sistémicos que trabajan con adolescentes en atención primaria tienen en su trabajo y que obstaculizan el cambio terapéutico o los logros esperados en la terapia.

Posteriormente se realizará un análisis de contenido (instrumento que será descrito más adelante) a esta entrevista y con los datos obtenidos se confeccionará una segunda entrevista. La segunda entrevista se confeccionará en relación a las dificultades mencionadas anteriormente por los terapeutas y por cada dificultad se indagará cuál estrategia realiza el terapeuta para responder frente a la dificultad mencionada.

En síntesis la pauta de la entrevista presenta temáticas relacionadas con los siguientes tópicos:

- a) Descripción del contexto de trabajo
- b) Dificultades que se presentan durante el proceso terapéutico
- c) Estrategias de enfrentamiento para estas dificultades

La validez de este instrumento se estableció mediante un criterio de un juez experto, previo a su aplicación, es decir, experto en el área clínica especialmente en psicoterapia sistémica y en el uso de este tipo de instrumentos, todo esto para efectos de revisión, corrección y aprobación del formato e ítems incluidos.

Como ya se dijo anteriormente, la técnica para analizar los datos fue el análisis de contenido. El análisis de contenido es una técnica que se apoya en la codificación de la información en categorías para dar sentido al material estudiado el cual es un proceso que consiste en recibir de las entrevistas datos no estructurados para posteriormente, y luego de un análisis, otorgarles una estructura. El tipo de análisis de contenido fue el análisis interpretativo de contenido o análisis estructural, que es una técnica que se corresponde con preguntas de investigación referidas concreta y específicamente al nivel significativo (semántico). Se elige esta técnica por ser la más idónea desde el enfoque teórico metodológico para esta investigación (Calventus, 2008). Los datos en este caso son las narraciones de los participantes. Sin embargo, como ya se mencionó el foco teórico metodológico es la teoría fundamentada, definida como un método inductivo para el desarrollo de modelos teóricos, e indican que sus procedimientos han sido diseñados para

desarrollar un conjunto de conceptos bien integrados, que provean de una explicación teórica de los fenómenos sociales que se están estudiando (Corbin & Strauss, 2002).

El situarse desde esta metodología implica basarse en categorías, por lo tanto, crear nociones abstractas y generales que incluyan e integren todos aquellos elementos similares a los conceptos expresados por los entrevistados acerca de las estrategias y dificultades en psicoterapia. En este sentido se trabajó con categorías desarrolladas a partir de los datos obtenidos en las entrevistas, para así maximizar las posibilidades de descubrir contenidos emergentes y novedosos acerca de las dificultades y estrategias en psicoterapia (Krause, 2005). Es importante recalcar que el carácter de emergente alude a que en esta investigación no se utilizaron categorías previamente existentes, sino que serán construidas a partir de la información recabada en las entrevistas.

Trabajar desde esta posición, implica que al momento de realizar las entrevistas, el análisis de los datos se llevó a cabo mediante un proceso de codificación, el cual comprende tres etapas que se dan en forma paralela: Codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva (Corbin y Strauss, 2002).

La primera etapa correspondiente a la Codificación Abierta, la cual se entiende como el primer proceso analítico de los datos, los cuales se descomponen en partes discretas, comparándolas en términos de similitudes y diferencias, para agrupar a aquellos similares bajo conceptos más abstractos, los que a su vez también se reúnen en categorías aún más abstractas.

Es importante recalcar que las categorías que se obtengan a través del proceso de codificación inicialmente tienen el carácter de hipótesis, debido a que son contrastadas a medida que se vaya obteniendo información a través del análisis del resto de las entrevistas (Krause, 1995).

En la presente investigación, las categorías conceptualizadas en las primeras entrevistas fueron contrastadas con la información emergente del análisis de nuevas entrevistas, es

decir, a partir de un proceso de comparación permanente durante la totalidad del proceso de recolección de datos, se fueron generando las categorías significativas de los datos.

Una vez que en el análisis de las entrevistas no se presentaron nuevos datos emergentes, se utilizó el método de saturación teórica, con lo que completó así la muestra para la investigación.

La fase de Codificación Axial comenzó una vez que se produjo la saturación teórica. Según Corbin y Strauss (2002) este proceso consiste en relacionar las categorías a subcategorías, es decir, implica una reagrupación según las dimensiones y propiedades de las categorías sintetizadas en la codificación abierta. Se entiende por dimensiones, a las variaciones de una categoría, y por propiedades, a las características o atributos de una categoría. En consideración a este procedimiento, en el análisis de los datos para el presente estudio, se fueron asociando las categorías de modo de ordenarlas en torno a preguntas como cuándo, por qué, quién, cómo, con qué consecuencias, entre otros aspectos, con el objeto de darles profundidad y estructuración.

Respecto a la tercera etapa, Codificación Selectiva, a través de la cual se busca integrar y refinar las categorías, de modo de formar un esquema teórico mayor (Corbin & Strauss 2002). En el análisis de la investigación, ésta se basó en un proceso de análisis final de los datos ya categorizados, logrando que éstos confluyan del modo en que se presentan en el capítulo siguiente (Resultados).

6. PROCEDIMIENTO

Tal como se expresó anteriormente, la recolección de la información para la presente investigación se realizó a través de una entrevista semi-estructurada, cuya elaboración y posterior aplicación implicó las siguientes acciones:

- a) Diseño de entrevistas en base a los objetivos definidos para la presente investigación.
- b) Validación de los instrumentos propuestos a partir del criterio de jueces expertos.
- c) Contacto con terapeutas sistémicos elegidos como muestra.
- d) Realización de las entrevistas
- e) Transcripción de las entrevistas
- f) Análisis de resultados en base al marco metodológico elegido
- g) Síntesis de los resultados: análisis comparativo entre los datos obtenidos y la literatura.
- h) Desarrollo de las conclusiones del estudio.

VII. RESULTADOS

En el presente capítulo se presenta el análisis de los datos obtenidos a partir de las entrevistas, y finalmente una discusión respecto a los resultados.

1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

Se presenta a continuación los resultados obtenidos tras el proceso de análisis de los datos, de acuerdo a la metodología elegida para este fin. En este sentido, los resultados se presentan de modo de dar respuesta a los objetivos de la presente investigación, es decir, se expresa en primer lugar las dificultades percibidas por los psicoterapeutas en la clínica con adolescentes, y en segundo lugar, las estrategias que los propios psicólogos despliegan respecto a las dificultades que mencionan.

1.1. DIFICULTADES EN LA TERAPIA CON ADOLESCENTES

En primer lugar se describen las dificultades que los propios psicólogos reportan percibir en relación a la terapia con adolescentes. Las dificultades expresadas, fueron categorizadas de la siguiente manera: dificultades en la relación terapeuta-paciente, dificultades en la relación paciente-contexto del consultante, y dificultades en la relación terapeuta-contexto. En la TABLA N° 4, se presenta una síntesis de las subcategorías que se asociaron a las categorías recién mencionadas.

TABLA N° 4: SÍNTESIS DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS ASOCIADAS A LAS DIFICULTADES TERPÁUTICAS DESCRITAS POR LOS PSICÓLOGOS

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
DIFICULTADES EN LA RELACIÓN TERAPEUTA-PACIENTE O SISTEMA CONSULTANTE	Desmotivación de los adolescentes para asistir a terapia.
	Baja participación de la familia en la terapia
	Percepción del rol de psicólogo por los adolescentes
	Temor a la ruptura de la confidencialidad
DIFICULTADES EN LA RELACIÓN PACIENTE O SISTEMA CONSULTANTE – CONTEXTO	Baja asistencia de los adolescentes a terapia
	Baja asistencia familiar a la terapia
	Rol del adolescente frente a sus pares
DIFICULTAD EN LA RELACIÓN TERAPEUTA –CONTEXTO	Baja disponibilidad de horas de atención
	Infraestructura inadecuada
	Obligatoriedad para asistir a terapia por parte de otros profesionales.
	Exceso de derivación interdisciplinaria
	Diferencias del modelo médico de atención con el modelo sistémico
	Escaso tiempo asignado para las sesiones con psicólogo
	Imposición de visitas domiciliarias para los psicólogos

A. DIFICULTADES EN LA RELACIÓN TERAPEUTA - SISTEMA CONSULTANTE.

Las dificultades que se describen a continuación se circunscriben al dominio relacional entre el terapeuta y el sistema consultante (adolescente y su familia). Para efectos del análisis, a este dominio de dificultad se les asignó una serie de sub-categorías, que representan dificultades más específicas y que pueden ser comprendidas dentro de la primera.

1. Desmotivación de los adolescentes para asistir a terapia.

Los entrevistados manifiestan percibir, respecto a los adolescentes, una postura más bien pasiva, desinteresada y poco participativa respecto a asistir a la terapia, y que asocian a la baja motivación que perciben de éstos. En este sentido, los terapeutas lo enmarcan como una característica del consultante.

Entrevistado 2

“La poca adherencia... no es en todos los casos, pero se da más específicamente en el área de adolescentes. Yo atiendo a adolescentes y adultos, y en el caso de los adolescentes se da más, es que hay un bajo compromiso, desde él mismo, como asistir a los controles, por llegar a la hora, o sea, yo a veces entiendo que los chicos están en el colegio, pero nosotros les damos un certificado o sea, no va a tener problemas en el colegio por ir al psicólogo, pero... como que buscaran excusas para no ir”.

Entrevistado 3

“Realmente los jóvenes no vienen, son pocos los que vienen, son pocos los que quieren venir. Una característica del adolescente es que es muy pasivo y creo que eso tiene que ver con que todo el rato vienen jóvenes con baja motivación a participar. Ahora, no sé si eso tiene que ver con que ee... el ir al psicólogo es ir a marcar el rato ¿cachai?, pasar el rato es como ir y marcar tarjeta y sería”.

2. Baja participación de la familia en la terapia

De acuerdo a los entrevistados, éstos perciben una baja participación de la familia para asistir a terapia junto a su hijo/a adolescente. En este punto los terapeutas relatan que aunque pueden trabajar con el adolescente de forma individual, se pierde la familia como recurso que puede contribuir a la terapia.

Debido a que los entrevistados describen distintos factores asociados a esta situación, se ha optado por presentarlos como subcategorías para enriquecer el análisis. Específicamente se presentaron 3 grupos de factores relacionados a la baja participación de la familia en la terapia, los cuales se mencionan a continuación:

a) Comprensión del problema por parte de la familia

Desde los terapeutas, la baja participación de la familia en el proceso terapéutico del adolescente se debería a la comprensión que tiene la familia del problema o de la situación que genera el acudir a terapia, en la cual generalmente sitúan el problema en el adolescente, por lo que no ven como necesaria su participación en el proceso.

Entrevistado 2

“Muchas veces cuando llevan a adolescentes son derivados de los colegios o de las mismas casas por problemas conductuales, por déficit atencional, que con el transcurso de los años se han ido acentuando. Entonces muchos de los padres acuden para el fármaco. Traspasan la responsabilidad... se desligan de sus propias responsabilidades”

“Si tú explayas un poquito más el tema y ves el contexto de la familia hay alcoholismo, violencia. Sin embargo se enfocan en que el niño es el del problema. Entonces están pasando la responsabilidad: “No, es que mi hijo no sale... no, es que mi hijo no me obedece”. Pero no hay como un “Mea culpa” de: “¿qué está pasando que el niño, el adolescente se esté comportando así”.

Entrevistado 4

“Por lo general las familias tienden a pensar que existe un problema como “intra-psíquico” por decirlo de alguna manera, y en el adolescente. La información más sistémica me hace pensar de que es una dificultad a nivel familiar que por lo general los adolescentes hacen un síntoma, que son los que dan la alarma porque algo está incomodando, algo está fallando y los papás ee... cuesta que participen, sobre todo los papás, los varones tienden a pensar de que el problema es del chico, del adolescente y es él a quien traen, y a veces se me dificulta el trabajo, por la poca participación que existe por parte de los padres... Entonces necesito al adulto ahí para poder ordenar las piezas y muchas veces los papás no participan y creen que esa es una dificultad del adolescente y no lo ven como algo familiar... A veces cuando digo “y ¿puede venir el papá?” y me dicen “¿y para qué?, es que mi marido trabaja”, “si, si sé que trabaja” les digo... “es que ya le he dicho dos veces y no ha venido”, “entiendo que usted trabaja en el mismo horario que yo, pero necesitamos hablar sobre lo que le está pasando a su hijo” entonces el problema es él... es él el que no quiere estudiar, es él el que se porta mal, es... o ella la que se pone aros en todos lados, se quiere hacer tatuajes, no responde a que tiene que llegar a tal hora. Por eso mismo po”

Entrevistado 5

“Yo creo que una de las más importantes [dificultades] tiene que ver con la falta de colaboración de las familias de los adolescentes. De repente vienen presionados por diferentes agentes, ya sea por la familia, por la pareja, por el colegio, entonces de alguna manera no siempre reciben el apoyo que necesitan, es como que fuera el “cacho” y te lo llevan para que lo arregles. Entonces te dicen “es que mi hijo es muy inquieto” o “es que mi hijo... sabe que, yo creo que necesita pastillas, porque en el colegio no hay quien logre su tranquilidad” y ahí como que tú dices “no po, te traen al chico para que tú lo arregles”

b) Desinterés para participar de la terapia por parte de la familia

Los terapeutas perciben una falta de interés y deseo por participar en el proceso terapéutico del hijo adolescente.

Entrevistado 1

“Los jóvenes que llegan ahí, al CESFAM, son personas que cuentan con muy poco apoyo familiar y tienen muy pocas redes de apoyo en general. Son niños que, por ejemplo, no tienen la red de apoyo del establecimiento educacional, porque muchos de ellos han desertado del ámbito escolar y no tienen familiares, son niños muchas veces muy abandonados por su familia, entonces al haber un bajo compromiso por parte de la familia en ayudar en este proceso, el niño también deserta”.

Entrevistado 2

“Hay un bajo compromiso por parte de la familia. Entonces ahí le puede decir “mamá puedes ir a sacarme hora el lunes” y a lo mejor esta mujer no va a llegar, no va a ir y se le va a olvidar. Entonces ahí está como el problema”.

“Muchos son niños abandonados directamente, que no han sido cuidados por sus progenitores, entonces las personas que hacen el rol de cuidadores tampoco están 100% comprometidos con la crianza de este joven”.

“Cuando uno pide un compromiso más de la familia, uno pide la participación de otros integrantes para ver su dinámica, su funcionamiento, y está eso de que “no que el papá no quiere”.

Entrevistado 4

“A veces los papás tienden a mezclar cosas, vienen porque, no sé, él niño se porta mal, pero ahí empiezan con el argumento que “Es que mi señora aquí, mi señora acá”. Entonces los argumentos son de la relación de pareja y se olvidan que existe una relación de padres que está afectando a este niño”.

Entrevistado 5

“O sea, los papás como que no quieren, como que no quieren ser parte del proceso... O sea los papás los dejan solos”.

c) Rechazo del adolescente a la participación familiar

Esta dificultad se relaciona a que un entrevistado explicita tener la percepción de que en algunos casos, el propio adolescente no desea que su familia participe, lo cual según el terapeuta se relaciona tanto con la temática que se trabaja o porque el adolescente anticipa que no recibirá apoyo.

Entrevistado 5

“Ellos también, muchas veces quieren que los papás no participen... casos que llegan como individualmente, que he intentado citar familias y la propia persona me dice “no sabe que no, sigamos así como estamos”, me limita en el sentido en que no tengo la libertad (de citar a la familia), te cuesta ver familias cuando hay una sola persona, a mí por lo menos de repente me cuesta”

3. Percepción del rol del psicólogo por los adolescentes

De acuerdo a los entrevistados, se presentaría una dificultad que se relaciona con las creencias que tienen los adolescentes acerca del rol del psicólogo, lo cual en ocasiones genera reticencia o temor.

Entrevistado 3

“Siento que en el trabajo con los chiquillos, los jóvenes tienen el estigma social del rol de psicólogo. Yo creo que el estigma social del rol del psicólogo que yo me he visto enfrentado, es el estigma social del psicólogo que trabaja dentro de la unidad de académicas escolares, cómo que siempre escucho historias o narrativas de los jóvenes que han participado con psicólogos en el colegio y como que tienen la misión de salir adelante si o si, tiene que si o si cambiarte”

Entrevistado 4

“Yo creo que tienen un poco la creencia de que uno los va a retar, de la película... ahí uno también tiene que generar lazos de confianza, porque yo también trato de no ser mediadora... Yo creo que todavía está para algunos de los chicos, como la idea de que es pa’ locos, como que se confunde psicología con psiquiatría y psiquiatría tampoco es pa’ locos, pero todavía está ese concepto y entonces se asustan po”.

4. Temor a la ruptura de la confidencialidad

Esta dificultad se relaciona con el temor que perciben los terapeutas por parte del adolescente de que los contenidos de la terapia no sean confidenciales y puedan ser pasados a terceros (colegio, familia).

Entrevistado 1

“Uno les explica en la primera consulta que esto es confidencial, que va a ser solo entre “tú y yo”, que “yo no le voy a contar ni a tu mamá, ni a tu papá, ni a la profesora. A menos que haya un riesgo vital”, porque en caso que yo me dé cuenta que esta persona esté con un riesgo vital, si tengo que, por un tema ético, avisar a sus padres, en caso contrario no. Pero es como que el adolescente es como suspicaz en ese sentido. Entonces como que yo creo que no cuenta todo, porque siempre tiene la duda, la suspicacia, la desconfianza, de que “igual le va a contar a mi mamá”, porque a muchos de ellos, las mamás los esperan afuera de la consulta y a veces yo, para recabar mayor información hago pasar a la mamá o al papá, pero obviamente no para contarles sino que para recabar mayor información. Entonces el usuario queda ahí como con la duda y eso puede entorpecer el proceso psicoterapéutico.

B. DIFICULTADES EN LA RELACIÓN PACIENTE O SISTEMA CONSULTANTE – CONTEXTO.

Las dificultades que emergieron a partir del análisis de las entrevistas que se presentan a continuación, fueron agrupadas en esta categoría, debido a que corresponden a dificultades específicas asociadas al contexto del adolescente y su familia.

1. Baja asistencia a terapia por parte del adolescente.

Dentro de esta categoría, se agrupó aquellas dificultades específicas asociadas al contexto del adolescente como obligaciones escolares, deberes en el hogar, horarios, entre otras, que inciden en la asistencia a los controles terapéuticos por parte de los adolescentes.

Entrevistado 1

“¿Por qué tu no viniste el lunes pasado?, No, es que tuve prueba”, después vuelve a faltar y se le pregunta: “y qué te pasó?”, “No, es que se enfermó mi hermana chica y la tuve que cuidar”. Muchas veces puede ser verdad, porque como no tienen estas redes de apoyo, muchas veces la mamá trabaja, el papá trabaja, entonces se enfermó la hermana y como que tienen que cumplir esos roles”.

2. Baja asistencia familiar a la terapia.

Los terapeutas describen ciertas dificultades específicas asociadas al contexto familiar, como económicas o laborales, que se relacionan con la baja asistencia de la familia a la terapia del adolescente.

Entrevistado 1

“La falta de dinero es una dificultad bien grande, porque nosotros abarcamos un sector, una población bien amplia. Por ejemplo, yo tengo estimado de 6 a 8 meses un proceso

psicoterapéutico y a lo mejor se me va a alargar, quizás a un año, porque esa persona a lo mejor faltó a controles por no haber venido... por no haber tenido dinero para, por ejemplo, para movilizarse”.

Entrevistado 2

“Cuando uno pide un compromiso más de la familia, que asistan, y dicen es no puede, que el papá trabaja”.

Entrevistado 5

“De repente hay familias que si están interesadas, que sí están dispuesto a saber que tienen, qué se yo. Pero me pasa mucho que los trabajos no permiten que el papá y la mamá nos acompañen, no pueden. Por ejemplo me ha pasado que a algunos los han echado, por ejemplo, piden tres permisos en, no sé po, una vez al mes y los echan, porque no tienen derecho a permisos administrativos”.

“Hay un tema no menor ahí, como el hijo tiene problemas, entre los contratistas agrícolas se van pasando esos datos, da cosa citar, porque además todas las, bueno, no todas, pero un porcentaje importante son jefas de hogar, entonces si tú les decí “tiene que venir” te va a decir “si señorita, si yo puedo venir, pero me quedo sin comer, porque a ellas les pagan el día”.

3. Rol del adolescentes frente a sus pares

Esta dificultad específica relacionada al contexto se relaciona con el rol dentro de los grupos de referencia de los adolescentes. En este sentido, al explorar las percepciones de los terapeutas respecto a ciertas dificultades, algunos de ellos describen cómo la imagen que proyectan al grupo, y la que el grupo espera del adolescente incide en la continuidad de la terapia.

Entrevistado 1

“Desde la comuna en la cual yo trabajo, se ve mucho el tema del consumo de drogas, el tema perjudicial del consumo de alcohol y drogas. ¿Qué pasa? Que para estos niños, el consumir esto les da un sentido de pertenencia al grupo. Entonces si ellos se rehabilitan es como que, creo yo que ellos sienten que ellos no van a ser aceptados por el grupo de pares, como que quedan solos, como que eso les da el ser “choros”, como que los empodera, claro, un estatus. Entonces, el que no anda o con armas o con droga o que no toma, como que queda excluido. Por lo tanto, tampoco es motivo para rehabilitarse. Como que el grupo coarta un poco el tratamiento”.

Entrevistado 5

“si alguien lo molesta, no van más, le dicen “ay! Vay al loquero” o “el loquito”. Lo molestan siempre que pueden, compañeros, familia incluso, y dejan de ir, para evitar que los molesten”.

C. DIFICULTADES EN LA RELACIÓN TERAPEUTA-CONTEXTO.

Las dificultades que se presentan asociadas a la relación terapeuta y su propio contexto, son descritas por los terapeutas como dificultades que generan un impacto en el proceso terapéutico en distinta medida.

1. Baja disponibilidad de horas de atención

De acuerdo a los terapeutas, se presenta una dificultad en relación a aspectos administrativos como baja disponibilidad de horas de atención. Esta dificultad se relaciona con la sensación de los psicólogos de una terapia menos “efectiva” debido al alto distanciamiento entre sesiones generado por la alta demanda de pacientes, que incluso puede contribuir a la deserción.

Entrevistado 1

“La persona pidió hora, por ejemplo, hoy día lunes, y yo lo dejo citado para dos semanas más, eso va a depender de acuerdo al grado de severidad de la patología que tenga esta persona o del diagnóstico que tenga, y ¿qué pasa?, que esta persona se va a acercar en dos semanas más a pedir hora y lo más probable es que no queden cupos, porque hay una demanda muy alta para el poco recurso que hay, el recurso humano es poco para la alta demanda. Por lo tanto esa persona, vuelve a pedir hora y va a ir en una semana más y puede que a lo mejor tampoco encuentre hora, por lo tanto esa persona quizás no va a ir más y va a decir “no, que yo cuando vine, nunca encontré hora” y deserta, esa es otra barrera”.

Entrevistado 2

“Tú no los puedes citar muy seguido, porque no hay citas. Yo por ejemplo con suerte veo a mis pacientes dos veces al mes ¡y con suerte!... Afecta el hecho en si el distanciamiento entre sesiones, y como que se van perdiendo avances ... porque como que algunos puntos tienen que volver a reforzarlos, porque pueden pasar entre 2 y 3 semanas que no los veo y se pierde eso, tú sabes que cuando recién se está generando el cambio, igual se tiene que ser como más persistente, como más constante, como para ir orientando”.

Entrevistado 5

“Es que te dan media hora. Te dan media hora y constantemente hay una presión ahí, por ejemplo, a mi me ponen 8 pacientes en la mañana y no sé po, para no citar a las 12, que sería como la última, me citan 3 a las 8.30. Entonces se van pasando fichas, fichas, fichas, fichas, Entonces te van presionando. De repente es mucho, si está bien que uno tenga toda la buena voluntad del mundo, pero de repente uno no es mago po. No es mago y como que de repente te presionan para atender, o sea, mientras más masa, mejor. Y no sé si es mejor...”

“Yo los controlo, yo voy viendo, pero cuando yo llegué era un mes, controles mensuales, y ahí las terapias se alargan, uno no ve resultados, porque en general no hay mucho que hacer po”.

2. Infraestructura inadecuada

Las dificultades relatadas por los terapeutas en relación con la infraestructura se pueden subdividir en dos grupos:

a) Infraestructura dificulta el vínculo terapéutico y psicoterapia familiar.

Este punto hace referencia a las condiciones del box en el que atiende el psicólogo, las que según los terapeutas resultan no ser las optimas para un proceso psicoterapéutico familiar.

Entrevistado 2

“A la larga lo que afecta la infraestructura del lugar.... Es bien pequeña [box de atención], por lo tanto, con suerte, cabrían como dos personas, entonces, si igual uno quiere realizar una terapia como más familiar, estarían como todos más achoclonados, entonces, supuestamente se está diciendo que es un enfoque que se centra en la familia, es un tratamiento familiar. Eso, sin embargo, el box está hecho para que esté una persona, a lo más un acompañante”.

“Tú te podrás imaginar en verano, la gente va a estar como más sofocada que preocupada de resolver algo. Lo único que van a querer salir del espacio”.

Entrevistado 4

“Es como más de adulto, no hay nada de colores, son con el escritorio al medio... Creo que me aleja, es muy formal o sea la camilla, el médico, el computador y el escritorio, ir el psicólogo, ir el médico, ir a la matrona, al final es lo mismo, la infraestructura creo que es fría, creo que es fea, es lejana”.

“Mucho calor, te juro que al final es una temperatura que logro aceptar, la gente transpira, yo ya no, por eso te digo, es súper poco amigable”.

b) Contexto de atención no diseñado para el adolescente.

Esta dificultad se relaciona con que desde el relato de los terapeutas el centro de salud familiar no es un espacio pensado ni de atractivo para el adolescente.

Entrevistado 3

“Creo que también la forma en la que está planteado el trabajo con adolescente es del mismo nivel que el de los adultos. No tiene un lenguaje más cercano, más llamativo, no hay ni lugares donde los adolescentes van al consultorio, lo exclusivamente necesario. Bueno no lo ven como un espacio amigable. No hay nada en torno a ellos, es ir al médico, la mamá los lleva, obviamente los consultorios están pensados en el enfoque el de salud

Entrevistado 4

“Poco llamativo, los carteles, todo, está enfocado a la mamá, a la vacuna, y además está todo muy protocolizado”.

3. Obligatoriedad para asistir a terapia por parte de otros profesionales.

Esta dificultad se relaciona con que se genera una reticencia a la psicoterapia por parte de los adolescentes debido a ser obligados a asistir a terapia, ya sea por el colegio, el médico, enfermera, matrona, entre otros.

Entrevistado 1

“En el caso del trabajo en APS, la primera dificultad es que la consulta no es espontánea, por lo tanto el paciente no llega por una motivación personal, por una motivación propia, sino que llega derivado por otro profesional. O llega no sé, por una faringitis al médico y ese médico detecta o pesquiza que ese joven está siendo víctima de maltrato o está consumiendo drogas y es él quien lo deriva, por lo tanto al no ser el mismo paciente, el mismo usuario del cual nace la inquietud, ese ya es un problema, porque es algo impuesto para el paciente el ir. Él lo ve como, entre comillas, una “obligación”. Como parte del

proceso médico, ir al psicólogo. Entonces, ¿qué pasa?, y aquí vendría la segunda dificultad, el joven llega al psicólogo, llega a la consulta, se le hace el ingreso, se le deja citado a control y probablemente en el segundo control no aparezca”.

“Otra cosa que puede ser es que, por ejemplo, en el caso de las adolescentes embarazadas, ellas son derivadas por la matrona. A lo mejor, a mi me llega una chica de 16 años que la mandó la matrona, solo porque tiene 16 años y está embarazada. Entonces lo ve como un riesgo psico-social, pero muchas a veces esa niña deseó el embarazo, en una relación de pareja estable, donde hay un progenitor que la apoya, donde a lo mejor ya viven juntos, donde hay factores protectores más que factores de riesgo, y en el fondo a esa chica la mandaron al psicólogo solo porque es una adolescente que está embarazada. Entonces, ya se asume como a priori como un riesgo”.

Entrevistado 3

“Los chicos no tienen conciencia, muchas veces, de porqué los envían. Vienen, porque los mandaron, por cumplirle al papá, por cumplirle al colegio. Entonces, en esos casos hago una entrevista como bien simple, digamos, para saber por qué viene... muchas veces no vuelven porque no les interesa y las mamás no traen a los niños porque si ellas creen que funcionan bien con los límites más difusos y que quien soy yo para decirle si eso está correcto o incorrecto, entonces dejan de asistir porque no creen y creen que funcionan mejor con los límites más difusos, pero la enfermera o la matrona le dice que no, que tiene que ser de esta manera y tiene que ir al psicólogo para que le enseñe como criar a su hijo”.

“Son muy poquitos los que dicen “oye mamá, sabí que estoy un poquito enredado, quiero ir”, son los más grandecitos (17 – 18 años)”.

Entrevistado 4

“En lo personal como que lo veo un insertado y se me dificulta un poco el trabajo de la indexación... Generalmente vienen indexados, por el colegio, vienen indexados por otras

por instituciones que tienen que ver con vulneración de derechos, qué se yo, y/o vienen indexados por la mamita o por el papito, o también ha llegado pololo”.

4. Exceso de derivación interdisciplinaria

Esta dificultad se relaciona con la reticencia de los adolescentes de asistir a terapia u otras consultas debido al exceso de derivación interdisciplinaria que se puede generar en el centro de salud familiar, desde lo planteado por el modelo de salud.

Entrevistado 1

“Hay un trabajo multidisciplinario e interdisciplinario, por ejemplo, llega una paciente a la nutricionista y la nutricionista realiza su control de peso y encuentra que la persona está con síntomas depresivos y la manda al psicólogo, yo en la conversación con ella, me doy cuenta que es una lola que está sin métodos anticonceptivos y que está teniendo relaciones, la mando a la matrona. La matrona se da cuenta de otra cosa, la envía a la asistente social. Es un trabajo en red. Y en el caso del adolescente no le gusta mucho esto. Como que es reticente, como que se resiste un poco: “pucha, voy a ir al psicólogo y me va a mandar a la asistente social, me van a mandar al dentista, porque se dio cuenta que tenía”... Hay muchas cosas que se derivan a CRS, Félix Bulnes, COSAM, Centro de la mujer en el caso de si hay violencia intra-familiar, a diferentes instituciones. Entonces, esto es como conocido por los usuarios. Por lo tanto la persona a priori, no quiere ir”.

Entrevistado 3

“Si el adolescente se quiere cuidar para tener relaciones sexuales responsable, que no se le tramita para darle condones, que tiene que ir a una consejería, que tiene que pasar por la matrona, entonces el cabro se va pa’ la casa. Entonces, digo que tiene mucho protocolo, en vez de que sea una cosa más expedita”.

Entrevistado 5

“De repente yo siento que se pelotea a la gente. Por ejemplo, llega el chiquillo al médico y el médico te lo manda a ti, cuando de repente no tiene problemas psicológicos, o los mandan al centro de salud de depresión, se da dos vueltas más de las que se pudo haber dado, se aburre y no va, y te dice “no, sabe qué... no quiero venir a ninguna cuestión” o te dicen, de entrada “sabe que, usted es la tercera persona que le cuento lo mismo” se aburren del tema burocrático, no les gusta”.

5. Diferencias del modelo médico de atención con el modelo sistémico

Esta dificultad se relaciona con las contradicciones en el operar que se generan desde un abordaje sistémico en un contexto de atención que trabaja desde un modelo biomédico.

Entrevistado 2

“Hay un cambio de modelo de atención. Pasando del modelo biométrico al psico-social. El psico-social se enfoca en el enfoque sistémico. Sin embargo, aún está la resistencia al modelo. Una de las grandes dificultades que uno se encuentra es el tema de la dependencia farmacológica”.

Entrevista 3

“Creo que a nivel de consultorio, también funciona a través del modelo de salud familiar y que existe un nivel de atención multidisciplinaria integral. Creo que también funciona de manera muy paternalista. En donde se obliga un poco a la atención psicológica, a mi me toca salir a rescatar a las familias, si no vienen pasa a ser una responsabilidad mía. Entonces el modelo hace como que “es que tiene que ir” y a veces la gente llega cumpliéndole al médico, no porque ellos lo quieran hacer.

“Es un desafío decirle a la gente “busquemos otra explicación que no sea solo el diagnóstico médico, o sea, y lo mismo pasa con los adolescentes “es que el doctor dijo que yo tenía depresión” “ya, ok, pero busquémosle una explicación a eso”, y dicen: “no,

porque para qué vamos a buscar una explicación si eso es lo que tengo” Entonces como que el discurso médico es el problema que obstaculiza la terapia”.

Entrevistado 4

“De un modelo biomédico donde uno como profesional es amo y señor, es decir, sugerir u orientar qué se debe hacer. No es un trabajo compartido. Yo creo que el perfil del joven adolescentes en atención primaria de salud tiende a ser muy pasivo”.

“Desafortunadamente siempre hemos tenido el ojito puesto en lo malo, nunca rescatamos los recursos, nunca hacemos hipótesis hermosas”.

Entrevistado 5

“Yo creo que me dificulta el saber que, por ejemplo, yo tengo que responderle a una institución, en el caso de los colegios, que ven que los chiquillos son un problema. No son capaces de ver que están insertos o en una familia o en un entorno social que quizás como que favorece la ocurrencia de algunos síntomas, como que la forma es difícil de responder dentro de la forma en cómo otra institución mira el problema”.

“De repente, las personas que trabajan conmigo como que se espantan con muchas situaciones, ven un problema cuando la gente de repente no siente que es un problema para sí mismo. Siempre un trastorno. A veces las chiquillas dicen “no, es que a mí me abusaron, cuando era chica” y como que al tiro dicen “no, esta chiquilla mal, al psicólogo, al tiro”.

6. Escaso tiempo asignado para las sesiones psicológicas

Esta dificultad se relaciona con que el tiempo establecido para la atención psicoterapéutica es insuficiente para la calidad de atención de los terapeutas, de acuerdo a lo que ellos mismos reportan.

Entrevistado 1

“Entonces, por ejemplo, hay tiempo de atención en APS de 30 minutos por paciente que en realidad debiesen ser de 25 minutos de atención clínica y 5 minutos del llenado de la ficha, porque obviamente mientras yo atiendo a la paciente no puedo estar frente al computador y quitarte atención”.

Entrevistado 2

“Al trabajar en el CESFAM, uno tiene 30 minutos de atención. Por lo tanto igual esto te limita bastante. Además, uno igual tiene que escribir las fichas, de manera digital. Claro, se supone que tú en 30 minutos tienes que atender al paciente, tienes que escribir la ficha y atender al otro seguido”.

“Tú quisieras como profundizar, pero no, temas que salen, pero que tú tienes que cortar, porque tampoco te puede atrasar mucho, tú igual reconoces que son 30 minutos, pero en ciertos casos me he demorado más”.

Entrevistado 4

“El tema del tiempo yo creo que tiene que ver con que bajo el modelo de salud, tiene que ver con el rendimiento de que ojalá que podamos atender a la mayor cantidad de gente en el menor tiempo posible. La dificultad para mí es el tema del tiempo. El tiempo en términos de que es complejo llegar a una instancia de trabajo de ingreso donde pueda llevar a cabo una comprensión personal que me permita trabajar con un adolescente”.

Entrevistado 5

“Es que te dan media hora, constantemente hay una presión ahí, por ejemplo, a mí me ponen 8 pacientes en la mañana. Siempre está como la presión de terminar luego, de rendir, de no importa cuánto, no importa que sea bueno”.

7. Imposición de visitas domiciliarias

Esta dificultad se relaciona con otras de las prestaciones que deben realizar los psicólogos en atención primaria que desde el relato de los terapeutas que en ocasiones genera incomodidad tanto en el terapeuta como en el consultante, y que son impuestas a las familias.

Entrevistado 1

“A pesar de que nosotros informamos del día que vamos a realizar la visita, o sea, se avisa, pero a veces tú llegas y están acostados, no han hecho el aseo, está la casa desaseada. Entonces por eso, a veces, se molestan”.

Entrevistado 3

“A mi me toca salir a rescatar a las familias si no vienen y creo que hay casos en los que se justifica y casos en los que no, o sea si los papás no ven una dificultad por que la voy a plantar yo en ese sistema familiar”.

1.2. ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS EN PSICOTERAPIA CON ADOLESCENTES.

A continuación se presentan las estrategias descritas por los terapeutas ante las dificultades antes mencionadas. Para efectos de facilitar la comprensión del lector, en cada una de las estrategias que se describen a continuación se adjuntará previamente la dificultad con la cual ésta se relaciona.

A. ESTRATEGIAS EN LAS DIFICULTADES EN PSICOTERAPIA EN LA RELACIÓN TERAPEUTA-PACIENTE Y/O SISTEMA CONSULTANTE

1. Desmotivación de los adolescentes de asistir a terapia.

Estrategia 1: Motivar al paciente

Los terapeutas lo relacionan con que se debe buscar con el paciente alguna motivación para asistir y responder a la fuente de derivación que lo envía.

Entrevistado 5

“Si no está motivado, pero tiene algún motivador que yo pueda manejar para que él quiera cambiar, lo hago. Por ejemplo, quiere seguir siendo travieso, cachai, pero si tengo dos motivadores en juego que puede ser este, junto con quiero mantener a mis amigos del colegio, yo me la juego por ese y lo motivo a través de eso”.

Estrategia 2: Responsabilizar al paciente en el inicio de la terapia en caso de inasistencia

Se refiere a explicitar el encuadre terapéutico relacionado con los deberes del pacientes, especialmente en relación a la asistencia de las sesiones.

Entrevistado 1

“Lo que yo hago como es que yo en el primer control trato de dejarle claro al paciente la importancia que tiene el psicólogo. ¿Para qué? para que él al tener claro como la película... Definir el rol y la importancia que tiene, o sea como dejarle en claro que si él vino, si él ya llegó es por algo. Porque si no, no hubiese llegado al ingreso. Que si él llegó es por algo, porque él igual necesita algo, porque si no, no hubiese llegado. Entonces dejarle como en claro “mira, tu... si tu no vienes a la segunda sesión, bueno todos pueden tener un problema. Que se cayó, que tuvo un accidente, pero si tu no vienes a la segunda y no vienes a la tercera...” en el fondo dejarle claro que hay otra persona que si necesita mucho del psicólogo y a lo mejor está perdiendo ese cupo. Como generar un poco la responsabilidad en el otro”.

2. Baja participación de la familia en la terapia.

Como ya se mencionó anteriormente esta dificultad se subdividió en dos:

a) Comprensión del problema

Estrategia: Construir con el consultante una explicación del problema desde una mirada interaccional.

Esto se relaciona con que el terapeuta construye con el sistema consultante una nueva comprensión del problema, desde una mirada centrada en el sujeto hacia una mirada relacional.

Entrevistado 2

“Primero, uno tiene que conocer la postura de la persona, porque tampoco la idea es que tu llegue imponiéndole: “no, ya no somos un modelo bio-médico” o “el fármaco no lo va a ayudar”. Primero hay que conocer la postura de, cuando uno ya como que ya conoce la postura de la familia, de qué piensan ellos, del medicamento, del tratamiento

farmacológico, se hace como una orientación, se empieza a empoderar, se le empieza a explicar “sí, el fármaco cumple un rol importante, pero que es un porcentaje de”. El otro sacrificio, el cuerpo, lo tiene que hacer él. Tratamos de equiparar primeramente el rol del fármaco y el rol del usuario, para luego, de a poquitito dándole más empoderamiento a la persona. Para que cada vez el fármaco vaya teniendo un rol más pasivo frente a esta situación, ahí se le habla a la gente de la importancia de que ellos generen los cambios, porque si bien la pastilla también puede calmar los problemas de ansiedad, puede tratar de minimizar las conductas agresivas, hay otros factores que también se deben trabajar, porque son igual o más importantes que el fármaco anterior, se les explica un poquitito, se les trata de que ellos también comprendan con sus palabras, como te dije en el principio no es la idea llegar imponiéndole algo que ellos no crean, porque eso puede generar un rechazo y ellos no quieren asistir más, porque quieren ir donde una persona que les resuelva los problemas como ellos quieren. Entonces es como una pequeña psicoeducación.

“En ocasiones, hago una intervención con la madre y el hijo juntos para ver cómo ellos interactúan. En la primera sesión, no. En la primera sesión los trato por separado. Como para ver la perspectiva del problema. Desde su mirada... Cómo se plantean ellos el problema y de ahí uno se da cuenta que lo puede ver desde distintas maneras. Siendo que vienen por el mismo motivo... Voy conversando con ellos, voy conociendo, armando como el contexto desde esas dos miradas. En caso contrario, que no puedo darles más tiempo y que hay temas demasiados complejos cito al adulto responsable solo... prefiero no exponer al adolescente. Porque de por sí ya viene herido como para agregarle más... Cuando el caso amerita, y uno igual se pone ahí como más insistente, de que el padre asista, que es importante, porque es un tema de la familia, de que si el niño está presentando conflictos no es porque él esté mal. Si logran llegar los padres, igual vienen muy a la defensiva, así como “me van a retar o me van a decir qué estoy haciendo mal” igual uno les baja los niveles de angustia diciendo que no es que estén actuando mal, si no que algo en la familia está haciendo que cause todo este problema en el niño. Es como bajarle los niveles de angustia, porque si tú te das cuenta que si tú vas con ese discurso se va a sentir atacado y ahí si que no lo vuelves a ver nunca más”.

“Que el paciente pase de ser paciente a transformarse en un usuario. Pasar de ser pasivo, a ser activo”.

Entrevistado 3

“Creo que en el primer caso, donde se enfoca el problema al adolescente, es mostrarle con los mismos argumentos que ellos dan, mostrarles las formas de relacionarse, mostrarle desde cuanto tiempo ocurre esto, porque ocurre, quien está involucrado, o sea, incluir a los demás integrantes en la dificultad que hoy día presenta el adolescente, mostrarles que es como una especie de alarma a nivel familiar y no es el problema en sí. Cuando ellos logran visualizar que si hay injerencia de los demás participantes o de los demás miembros es de la familia, yo creo que les hacen sentido. De decir, mira, ponte tú, cosas a veces mínima, que uno diría “¿cómo no las ven?” y no las ven, “Se están ustedes desautorizándolos como papás y eso repercute en el hijo, en este hijo” o la abuela que dice una cosa y la mamá dice otra, y dos modelos de crianza. Entonces necesitamos la participación de las dos para que podamos regular esto. Cuando uno muestra, y hace explícito de que están todos participando, que no existe un problema en sí... sino que existe una dinámica, donde él dio la alarma, es la luz roja, pero que los otros también están siendo involucrados, también participan, también se relacionan, da a entender que no es un ser sólo en el mundo, sino que interactúa con la familia que es el núcleo de todo, independiendo de cómo funciona ahí, de cómo funciona en el colegio, como funciona con los amigos, entonces cuando uno lo muestra, creo que va haciendo sentido, y esto se logra con que los papás participen, uno por lo menos”.

“Construyendo con ellos, como es que todos participan, como es que están todos involucrados, como es que esta cosa que le pasa al niño, no le pasa a otro niño, o al chico o al adolescente solo en el mundo sino que le pasa porque interactúa con una familia, y esos son los papás, y los hermanos y la abuelita y todos los demás”

Entrevistado 5

“Principalmente haciendo hincapié en que no estamos separados, ya y que en el fondo el adolescente es parte de un todo mayor que lo básico es su familia, cachai, entonces los hago parte y los hago responsables. A veces enganchan a veces no, pero en el fondo esa es la estrategia que a mí me más me ha dado resultados para involucrar a la familia para que no entiendan que el otro es el problema sino que como que tenemos el problema... En lo que hago es hablar con la mamá y las mamás entienden bien, dada las dificultades con el papá, que no vienen”

b) Debido a no querer involucrarse en el proceso

Estrategia 1: Actividades de psicoeducación

Esto se relaciona con que los terapeutas aparte de sus actividades en psicoterapia mencionan realizar actividades de carácter psicoeducativo de promoción y prevención en temas de salud mental dirigidas a la población, y así transmitir la importancia de la consulta en salud mental y motivar a que la comunidad asista.

Entrevistado 1

“Nosotros hacemos talleres preventivos a la comunidad adulta, por ejemplo vamos a juntas de vecinos donde ahí participan o hay centros de madre, donde las mujeres que participan ahí, son las mismas cuidadoras, madres o tías de los mismos jóvenes que llegan. Entonces nosotros como que los “psico-educamos” acerca de los diferentes temas, por ejemplo, los problemas de salud mental que presenta, que presentan en la infancia y en la adolescencia. Entonces, ahí las personas van adquiriendo un poco más de conocimiento, porque hay mucha gente que no tiene información. Nosotros les enseñamos a detectar, por ejemplo, cuando el niño está como consumiendo drogas, o a detectar que el niño es víctima de maltrato o de abuso sexual. Entonces son cosas que para la comunidad son bien interesantes y nosotros así tratamos de lograr que ellos se acerquen un poco más a las vivencias de los de los jóvenes.

“A la comunidad le gusta el que el centro de salud vaya a su lugar. O sea, como que lo valoran. El ver que el psicólogo, la asistente social seamos nosotros los que nos acercamos a ellos... Nosotros les ofrecemos un taller: “Nosotros queremos hacer un taller de esto” y ellos nos dicen “sí” y nos prestan el lugar físico y nosotros llevamos todo. Desde las galletas, el proyector los recursos humanos, todo”.

Estrategia 2: Generar compromiso familiar con la terapia durante la sesión de ingreso

Esto se relaciona con que debido a que si algún familiar acompaña al adolescente en su primera sesión, tratar de generar un compromiso que le permita al terapeuta contar con el recurso familiar para sesiones futuras.

Entrevistado 1

“Yo trato de, en la primera consulta, veo al tiro si esa persona, si ese niño o si ese adolescente vino solo o vino acompañado. Eso ya me da luces de algo. Yo la primera entrevista se la hago al joven en solitario, pero si me fijo si vino con la mamá, con el papá, con la hermana que lo esperan afuera. Eso ya me da como un indicador del apoyo. Si veo que está solo, le pregunto “¿Con quién vive?” y trato que para la segunda sesión venga alguien de su familia. Y hago la entrevista o el control dividido en dos y atiendo por separado al joven y después a la madre o cuidador responsable de este joven para que él me de otra visión de porqué ese joven está ahí. O sea como decirle ¿Por qué cree usted que el médico envió a Joaquín al psicólogo?, porque a lo mejor ella me puede decir algo totalmente distinto a lo que me dijo el usuario. Entonces ahí voy viendo y voy generando, también, compromiso por parte de la familia. Y problematizarlo”.

Estrategia 3: Evaluar según el tipo de paciente su preferencia horaria y así generar mayor adherencia.

Entrevistado 2

“En invierno en la mañana disminuyen las frecuencias y en el verano en las tardes disminuyen las frecuencias. ¿Cómo me las voy ingeniando yo?, cuando las personas recién están ingresando y son las primeras sesiones y que tiene que ver con la adherencia, uno va como conociendo las mañas de estos usuarios. Por lo tanto yo, los que son más flojitos para levantarse trato de darles horas más tarde”.

c) Rechazo del adolescente a la participación familiar

Estrategia: Reflexionar junto al adolescente sobre la relación de su familia con el problema y la importancia de la participación de la familia en la terapia.

Entrevistado 5

“Ahí el trabajo es de cada día, tratar de hacerles entender que no están solos po, de que tienen una familia detrás que quizás de que puede estar ahí y contar con ellos como puede que no, pero como que están, no es que no existan... la gente viene escondido viene con temor de repente, en algunos casos ponte tu como que tratai de abrir el tema”.

3. Percepción del rol del psicólogo por los adolescentes

Estrategia: Definir el rol de psicólogo

Esta estrategia se relaciona con aclarar los prejuicios que se tienen los adolescentes acerca del rol del psicólogo, para así generar mejor disposición hacia la terapia.

Entrevistado 1

“Entonces yo trato de explicarle qué es lo que hace un psicólogo: “si tu estuvieras loco no estarías acá. El psicólogo no atiende locos”, o sea, le explico el rol, un poco, del psicólogo para que él como que clarifique un poco su información. Porque como que todavía está instaurado eso de que “ah, si te mandaron al psicólogo es porque estay loco” Entonces yo le explico que no”.

Entrevistado 3

“Los valido, como te decía antes, creo que la postura de él es importante... Y hay que validar el discurso claro, digo que los psicólogos también van al psiquiatra, también van al psicólogo, les doy ejemplos, antes, les digo, que estaba esta como idea de, pero hoy día no, que es algo común, que es para ayudar cuando la gente está incómoda, y los adultos a veces también tienen ese prejuicio, que es pa los loco”s.

4. Temor a la ruptura de la confidencialidad.

Estrategia: Explicitar el encuadre respecto a la confidencialidad

Esto se relaciona con que los terapeutas intentan dejar claro la confidencialidad acerca de los contenidos de la sesión, para así generar mayor apertura y confianza con el adolescente.

Entrevistado 1

“En el caso de los adolescentes, les dejo claro desde la primera consulta, le explico para que tenga confianza, le explico al tiro que todo lo que él me cuente va a quedar entre él y yo, a menos que yo vea un riesgo vital. Por ejemplo en el caso de la anorexia o la bulimia, hay muchas veces que llegan chicas con estas con estas patologías y las madres muchas veces no saben. Entonces si yo veo que ella está pesando 40 kilos, que vomita todo el día, que no está comiendo, que está comiendo media manzana al día, me veo en la obligación ética de avisar a los cuidadores responsables. Y yo le informo a la niña, de manera que ella no vea que si yo el día de mañana avisé a sus padres, no vea como una deslealtad por

parte del terapeuta... Entonces, le trato de dejar en claro eso a la persona, entonces diciéndole, dejándole bien claro “si no hay un riesgo vital en ti nada de lo que tú me cuentes va a salir de aquí”, la persona ya al tiro le da confianza y me cuenta cosas, a lo mejor, bien íntimas.

“Lo otro también que es muy importante, que nosotros ahí atendemos familias. Generalmente se atiende la mamá, la hija, el papá, el suegro, entonces si yo estoy atendiendo a una madre adolescente, por ejemplo una chiquilla de 18 años yo no atiende a la madre... Porque el tema de la lealtad igual, uno como terapeuta tiene lealtad con uno. Una alianza. Entonces si yo estoy atendiendo a la niña, no puedo atender a la niña y a la mamá. ¿Ya? O sea, yo atiende a la niña y mi colega atiende a la mamá”.

Entrevistado 3

“En las sesiones individuales la información es confidencial. No ser mediadora, si ellos quieren conversar de lo que pasó bienvenido sea, pero yo no voy a traspasar la información y eso creo que también genera algún tipo de cómo de confianza”.

Entrevistado 5

“Lo que hago es no decir lo que el adolescente no quiera que se diga, pero yo soy como en ese sentido soy como no les pregunto mucho. Les digo “sabi que yo voy a hablar con tus papás” con el niño, no les pido permiso. Les comento o les digo “sabes que voy a hablar con tu papá” y me dice “no es que yo no quiero que sepa eso” bueno no le voy a decir eso específicamente, pero si por ejemplo les digo “voy a hablar con ellos con respecto a tu seguridad, para tu bienestar” a como lo pueden hacer a cuáles son sus problemas... Para mí eso es súper importante mantener la confidencialidad con él, lo que yo hago es informar a grosos modos al colegio lo que está ocurriendo con el chiquillo y lo que hago es dar indicaciones al colegio”.

B. ESTRATEGIAS EN LAS DIFICULTADES EN LA RELACIÓN PACIENTE O SISTEMA CONSULTANTE –CONTEXTO

1. Baja asistencia de los adolescentes a terapia.

Estrategia: Citar a adolescentes a horas que no generen problemas con su jornada escolar u otras obligaciones.

Esto se relaciona con citar a los adolescentes en un horario que no les genere problemas con su jornada escolar principalmente y así posibilitar su asistencia.

Entrevistado 1

“El problema con los talleres es que nosotros los tenemos a veces cuando están en el colegio, en la etapa escolar, porque a veces tenemos que adecuar el tema de los horarios, no todos los jóvenes tienen la misma jornada escolar. Hay algunos que tienen jornada completa, otros estudian en la tarde, muchos también estudian en estos sistemas de 2x1, que son en la noche. Entonces ahí tenemos que adecuar un horario que sea más o menos acorde a todos ellos y al tiempo también de los profesionales. Entonces eso a veces cuesta un poquito, pero lo tratamos de coordinar... Entonces eso se va acordando de acuerdo a los horarios”.

Entrevistado 2

“Cuando los niños van al colegio... trato de ocupar los primero cupos de la mañana es en los niños, porque como se tienen que levantar igual temprano para ir al colegio, van para la sesión y después pasan al colegio”.

2. Baja asistencia familiar a terapia.

Frente a esta dificultad los entrevistados han referido diversos tipos de estrategias.

Estrategia 1: Citar a toda la familia

Esta estrategia se relaciona con que en el caso de que en caso de madres que tengan que ejercer rol de amas de casa y cuidadoras, que asistan a sesión con todos sus hijos. Esto a su vez contribuye para aportar información para el terapeuta desde la interacción de la familia en el box.

Entrevistado 2

“En ocasiones, también, como las mamás no tienen con quien cuidar a los otros niños, los otros hijos, los traen a la consulta. En casos así, también les he dicho que traigan a los niños, para ver cómo interactúan los hermanos. He dividido el sistema familia en los subsistemas. Esta es una cosa que he logrado”.

Estrategia 2: Incluir en la terapia a los familiares ausentes en las sesiones mediante el uso de instrucciones y tareas.

Esta estrategia se relaciona con que desde la dificultad de algunas personas para asistir (casi siempre el padre), se envían instrucciones o tareas que lo hagan partícipe de la terapia.

Entrevistado 4

“Si, uno ya viene con la idea de que “ya, lo más probable es que podamos trabajar con la mamá o con una abuelita o con la cuidadora, con los hermanos” pero uno ya va con la idea de que traer al papá es difícil.... Se da mucho en estos tipos de conflictos que los padres se desautoricen. Entonces muchas veces yo a través de la mamá llego hacia el papá. Por ejemplo “Mire, dígame, que nosotros trabajamos tales temas en la terapia, por ejemplo, que si ellos no están de acuerdo frente a una autorización al adolescente, que el

adolescente no sepa que no están de acuerdo”. Pero que delante del adolescente ellos piensen lo mismo”.

Estrategia 3: Realizar visitas domiciliarias

Esto se relaciona con el aprovechar el recurso de las visitas domiciliarias para hacer frente a aquellos miembros de la familia que no puedan asistir por motivos económicos u otros motivos.

Entrevistado 1

“La falta de dinero es una dificultad bien grande, porque nosotros abarcamos un sector, una población bien amplia, ahí nosotros muchas veces hacemos visitas domiciliarias o rescate cuando no asisten y muchas veces es por esta razón.

Entrevistado 2

“Otra forma también de abordarlo también es ir al entorno del niño. Se han realizado visitas domiciliarias. Por lo tanto ahí, también, uno lo ubica y lo va conociendo en un ambiente que es más propio de ellos, que en un espacio ajeno. ¿Cómo es el lugar donde él está? ¿La pieza? La casa y la interacción el entorno donde vive el adolescente, también se han realizado visitas al colegio”.

Estrategia 4: Citar a los familiares a horas que no generen problemas con su jornada laboral u otras obligaciones

Esto se relaciona con citar a los familiares del adolescente en un horario que no les genere problemas con su jornada laboral principalmente y así posibilitar su asistencia.

Entrevistado 2

“La gente que trabaja, las cito más temprano. Por el mismo tema del trabajo, cuando a la gente ya la estoy viendo como más entusiasmada, como que se está como creyendo más el cuento, como que le da mas sentido a la terapia, la cito en la mañana”.

Entrevistado 5

“Cuando no pueden asistir por motivos laborales le busco el arreglo, yo les busco el arreglo. Por ejemplo, los cito más temprano. Mi horario de atención empieza a las 08.30 y los cito a las 08.00, o los cito a la primera hora para que ellos puedan llegar a su trabajo más tarde. Cachai, o sea en el fondo como para que lleguen atrasados a sus trabajos, no para que tengan que faltar a su trabajo, cachai. O los cito en horario extensivo. Hasta las 8.30. O a la hora de almuerzo. Si no, los citamos a través de citaciones que vaya con un justificativo que les damos nosotros a los chiquillos, pero para su trabajo. Para que en el fondo los jefes entiendan... va timbrado y va como con todo el tema formal. No está la presión de que vayan a perder la pega”.

3. Rol del adolescente frente a sus pares.

Estrategia: Prevención, promoción y rescate.

Esto se relaciona con que los terapeutas cuando el adolescente no va a terapia por este motivo, son ellos los que se acercan a la comunidad junto al equipo de salud, para hacer acciones como prevención promoción y rescate de pacientes.

Entrevistado 1

“Porque la idea en APS más que ir directamente al tratamiento y a la rehabilitación es el tema de la prevención y promoción. Esa es como nuestra idea. Entonces para evitar que el joven llegue a esta instancia donde ya existe un consumo perjudicial, donde ya tendríamos que entrar a un tratamiento y a una rehabilitación es el tema de la prevención. ¿Qué es lo que hacemos nosotros? Es hacer bastantes talleres en colegios. Vamos una dupla psico-social y hacemos talleres preventivos en el área de alcohol y drogas de manera de tratar de mostrarle al joven otras alternativas que van más allá del consumo... Es mejor retener a estos jóvenes y poder ayudarlos que decirle “no pucha, si tu no vas, no hay atención”, entonces, igual, de alguna manera los tratamos de rescatar y los ayudamos”.

Entrevistado 5

“Yo ahí les explico que el psicólogo no es para los locos y nuevamente les planteo y los educo bien con lo que hace el psicólogo y además trato de hacer rescate”.

C. ESTRATEGIAS EN LAS DIFICULTADES EN LA RELACIÓN TERAPEUTA – CONTEXTO

1. Baja disponibilidad de horas de atención.

Frente a esta dificultad los terapeutas generan diferentes estrategias.

Estrategia 1: Rescate de pacientes

Esto se relaciona a que si el adolescente deja de asistir debido al distanciamiento de las sesiones los psicólogos hacen acciones de rescate, lo cual es llamarlos para que asistan o visitarlos en su hogar.

Entrevistado 1

“Claro, porque a la persona le costaba conseguir la hora. Por la sobre demanda que hay. Entonces, ¿cuál es ahí la solución?, lo que se llama el rescate... Nosotros tenemos una planilla donde vamos viendo semanalmente los pacientes que fueron citados a control y que por algún motivo no asistieron. Hay una persona encargada de llamar a esos pacientes. Una persona del SOME, una persona administrativa... Entonces yo veo a mis pacientes y yo le digo a esta persona administrativa “sabes que, estos 10 pacientes tenían hora esta semana y no vinieron” entonces esta persona los llama. Nosotros ya tenemos todos los datos y le pregunta ¿qué le pasó? Y le da una nueva hora. Si en esa nueva situación la persona no asistió, se le hace un rescate al domicilio. Como nosotros tenemos horas asignadas para hacer visitas domiciliarias. Yo le paso la lista a la asistente social y él va al domicilio y le lleva una nueva citación. Entonces ya son tres las que por protocolo

o procedimiento corresponden. SI ya a la tercera citación el paciente no llegó, nosotros lo sacamos del programa por abandono”.

Estrategia 2: Instruir al paciente en el uso del sistema

Esto se relaciona con que el psicólogo desde su experiencia y conocimiento del funcionamiento del centro de salud, instruye al paciente en el uso del sistema para así sacar el mejor provecho de éste y disminuir así el distanciamiento entre sesiones.

Entrevistado 2

“Entonces es difícil manejarlo. Ahora, aquí lo que trato de hacer yo: educar al paciente, es decir, decirle “yo necesito verlo en dos semanas. Lo que significa que no tiene que venir un día antes de que se cumpla el plazo de las dos semanas a pedir la hora, porque si uno viene uno o dos días antes, va a conseguir hora para un mes más”. Entonces decirle “tú tienes que estar acá más o menos el 15, entonces trata de venir antes del 8, para que puedas conseguir hora entre el 14 y el 16”. Ahí como que se elimina un poco la variable distanciamiento de sesión en sesión... Pero sí se le educa al paciente, para que sepa cómo va a ser el procedimiento”.

Estrategia 3: Sobrecupo

Esto se relaciona con que los psicólogos utilizan el sobrecupo mediante hacer sesiones más breves a algunos pacientes y así poder acortar el distanciamiento entre sesiones.

Entrevistado 1

“Aunque sea un rato cortito. Entonces, finalmente uno acepta y ya y le ponen esa paciente como sobrecupo. ¿Qué es lo que pasa con esto?, que por un lado voy a ayudar a esa persona, a lo mejor, le voy a dar un tiempo menor ahí, al tiempo que corresponde de atención, pero quizás la voy a tranquilizar, la voy a calmar, la voy a contener y le voy a dar una nueva citación para que venga en una semana más”.

Entrevistado 2

“Otras cosas que uno a veces trata de hacer es sobrecupo... porque como que más lo ameritan, uno ve que está complicada la situación. Ve, por ejemplo, al usuario que está muy desbordado muy sensible, ahí uno también realiza sobrecupo”.

Entrevistado 3

“Tengo que hacer, mira, lo que tengo que hacer es dar un sobrecupo. Un sobrecupo significa que tengo que citar un paciente entre dos pacientes, por lo tanto los tres pacientes que tengo a esa hora, tiene menos atención”.

Estrategia 4: Citar a pacientes según motivación al cambio y/o por complejidad

Esto se relaciona con que los terapeutas evalúan la complejidad y la motivación al cambio de los pacientes, en el caso de pacientes más complejos y/o con motivación por la terapia, se les dan citas menos distanciadas.

Entrevistado 2

“Voy dividiendo los casos por complejidad. Por complejidad y también por los pacientes que se muestran como más activos y más partícipes del cambio. Aquellos que siento que ya van como más encaminados en que uno igual aprende a distinguir a aquellos casos que están como pegados en el mismo tema. Yo a ellos igual lamentablemente los dejo y los voy dejando, no de lado, pero los voy dejando como con más tiempo. Los casos que requieren un control o un monitoreo constante, trato de citarlos más seguido de alguna forma, o aquellos que están empezando con el trato”.

Entrevistado 3

“Dependiendo, que es al final a mí criterio, obviamente capaz que en una de esas me he equivocado mil veces, veo que tan complejo, si son cosas más cotidianas., no por eso quiero decir que sean menos importantes, pero en realidad hay casos en que uno tiene que atender más seguido. Entonces ahí priorizo... Al final uno, como te digo, termina ajustándose en términos de ver cuáles son los casos más urgentes y cuáles no. Al final, si es

algo más normativo que uno debe controlar ciertas cosas.. Una vez al mes. Yo en casos urgentes los veo dos veces al mes”.

Estrategia 5: Hablar con jefatura para equiparar cantidad de ingreso con cantidad de controles.

Esto se relaciona con que los terapeutas dialogan con la jefatura para conversar acerca de la importancia de la distancia entre sesiones y así poder generar cambios en el sistema que les permita realizar sesiones más seguidas.

Entrevistado 2

“Este es un tema que igual escapa un poco de mis manos, como trabajo en dos lugares, mis horarios se limitan más. Mis controles, mis citas son más limitados. Y también por lo mismo he hablado con mi jefatura, que en vez de poner dos días de ingreso y uno de control, sean equiparadas las cosas... Hablar con la jefatura para que le den prioridad también a los controles que en el mismo sistema se exigen más ingresos. Pero igual es conversable, porque igual la jefatura la tiene una psicóloga. Ella igual entiende que es más importante un control que un ingreso. No saca nada con ingresar 20 pacientes, si tengo 5 en control”.

Entrevistado 5

“Eso hay que manejarlo a nivel de jefatura, si porque en el fondo te piden rendimiento... Yo le explique a mi jefa que en el fondo si ella quería tener calidad de atención tenían que ser controles más seguidos, porque de un mes a otro los efectos no se veían o sea se olvidaban y era como lo mismo que todo lo que recibíamos al nivel de quejas en los consejos constructivos por ejemplo, que no tenía sentido ir una vez al mes porque no servía de na’, que era lo que se decía en los consejos constructivos. En cambio si nosotros queríamos dar realmente un servicio de calidad a los adolescentes teníamos que generar resultados... más cercanos semanales los controles, quincenales a todo reventar, se dan altas, se dan altas rápido, cachai. No como antes que teniai tres años a los pacientes, mucho tiempo”.

2. Infraestructura inadecuada

Estrategia 1: Utilizar box de atención más grande para favorecer el trabajo con la familia

Esta estrategia se relaciona con que los psicólogos dentro de las posibilidades que les brinda su centro de salud, buscan otros box que puedan favorecer el trabajo con la familia.

Entrevistado 2

“Trato de citar familiar, pero en grupos más disminuidos. O a veces le pido a una compañera un box”.

Entrevistado 3

“lo he hecho, al final el niño termina sentado arriba de la mamá y si son dos niños, uno con cada papá. Pongo un piso al lado igual me las arreglo y si no, a veces, cuando yo sé que van a venir familias completas, le pido el box a mi compañera que es más grande., si sé que va a venir una familia que está como media hora antes y todo, pido un box prestado”.

Estrategia 2: Realizar visita domiciliaria

Esto se relaciona con sacar provecho a las visitas domiciliarias y así poder trabajar en psicoterapia con toda la familia reunida

Entrevistado 2

“Si, por eso es también importante el tema de la visita familiar. Porque ahí yo logro interactuar con todos también”.

Estrategia: Generar espacios pensados en el adolescente en el centro de salud familiar

Entrevistada 4

“La encargada del programa del adolescente, se implementó el programa este año, porque estaba agotado queremos armar, como a los chicos les gustan las pinturas, los grafitis, hay un patiecito en el jardín del consultorio que queremos dárselo a ellos”.

3. Obligatoriedad para el adolescente de asistir a terapia

Estrategia 1: Generar un buen vínculo y una alianza con el adolescente para responder a la derivación de otro profesional.

Esto se relaciona con que los terapeutas acogen al adolescente con su situación de obligatoriedad y después trabajan juntos en como generar una respuesta al profesional que deriva.

Entrevistado 1

“Bueno, el tema de la derivación eso es algo que no se puede cambiar, porque en APS es así el tema de la derivación. No existe consulta espontánea en APS, o sea la persona no llega a pedir hora al psicólogo, siempre la atención es porque un profesional lo derivó. Entonces ahí, la posible solución es que desde la primera consulta tratar de generar un buen vínculo con el... O sea, tratar de que en la primera consulta queden claro los roles de cada uno, los límites, las reglas, el tema de confidencialidad, que quede todo eso claro de manera que la persona así se sienta en confianza de poder ir a un segundo control. Después de eso le respondo a quien lo mandó, siempre con el permiso de la paciente”

Entrevistado 3

“El adolescente, me ha pasado que “no, yo no voy a hablar, yo no quiero, yo no quiero estar aquí, yo no quiero estar aquí”. Entonces, intento que la mamá no sé si la palabra es convencerlo, pero demostrarle: “ok, tu mamá te trae, porque considera que esta es la

problemática, ¿qué crees tú?”, “No, yo no estoy de acuerdo”, “¿Por qué no estás de acuerdo?”, “por ABC” “ah! Mira”, pero te fijas que este discurso es distinto, “¿lo estás pasando bien o lo estás pasando mal con esta forma de reaccionar?”, “no, lo estoy pasando mal”, “Ya po, tratemos de darle una vuelta, tratemos de...” y por ahí mostrarle los argumentos que, por lo general, son distintos aun que tú trates al papá y trates al chico. Entonces demostrarle que a través de los argumentos distintos trabajemos y veamos, tratemos de llegar a un acuerdo y claro “¿porque ustedes lo están pasando mal o lo están pasando bien?” no, lo estamos pasando mal. Entonces cuando a uno le van respondiendo las preguntas, también se va dando cuenta que ya no es tan terrible, valido al papá y valido al hijo, así que la idea es, o sea, no ganárselo para, en términos de ganárselo para que trabajemos, no para convencerlo de, o sea, si. Convencerlo de trabajar, no de que la mamá tiene la razón”.

“Yo necesito de tu participación, porque eres un chico capaz de analizar, de evaluar tus conductas, de tener criterio de si estás por buen camino, por el bien o por el mal, si las cosas están correctas o incorrectas” y les entrego poder respecto de lo que hacen y de lo que piensan y que es tan importante la participación de ellos como lo que dicen los padres y enganchan”.

Entrevistado 5

“Es que de partida tiene que trabajar con la indexación y ver si hay o no problema, sino teni que empezar a trabajar con un con cómo responderle a ellos como cliente tuyo directo y al colegio que en el fondo ellos también quieren o sea hay un deseo también de que el colegio este contento, cachai. Pa’ que no los echen. Como utilitariamente le digo “bueno qué hacemos”, como que negocio con ellos qué le decimos al colegio y qué en el fondo si son variables que podemos ir manejando. Entonces yo no le tengo por qué al colegio dar un informe por ejemplo de que lo demonice al chiquillo, porque lo dejan súper mal parado, los deja mal estigmatizados todo mal y él por un lado quiere mantenerse en ese colegio, cachai, entonces yo los dejo bien parados. Y lo negocio obviamente con si veo cambios en él”.

Estrategia 2: Diálogo con profesionales para complementar los problemas de salud mental desde una mirada biomédica y desde una mirada sistémica.

Esto se relaciona con que los terapeutas realizan charlas grupales o conversaciones individuales con otros profesionales con el objeto de complementar el abordaje desde un modelo biomédico con un abordaje desde una mirada sistémica los problemas que presentan los adolescentes.

Entrevistado 1

“Hablar con la profesional que la derivó... nuestro tiempo es escaso a veces, hago como un tipo charla a los profesionales no psicólogos, que son los que derivan al psicólogo”.

“Por ejemplo esto mismo del embarazo adolescente, que no porque ella sea una chica de 18 años, que a lo mejor no ha terminado el colegio y está embarazada tiene un problema de salud mental. Porque no, a lo mejor, no es así, a lo mejor esa chica, como te explicaba en la entrevista anterior es un embarazo que sumamente pedido, planificado, que tiene pareja, hecho con amor, con apoyo familiar, con apoyo de la pareja, a lo mejor, ella vive con la pareja, la pareja trabaja, viven juntos, tienen una casa que arriendan. O sea, tienen las condiciones, tienen un lugar adecuado para recibir al bebé, entonces explicarles un poco que no lo que uno ve como un problema, va ser necesariamente un problema para el otro”.

Entrevistado 2

“Se supone que aquí todos tienen sus afiches y que con eso nos aportan. Que usted es un usuario, pero también puede aportar por su salud. Entonces, también ahí se trabaja con el equipo para que trabajemos todos de la misma manera y no haya contradicciones”.

Entrevistado 3

“Trato de argumentar, el que no voy a poder conseguir ningún objetivo que enriquezca la terapia... Yo estipulo la ficha, el paciente distingue que no tiene un problema, que viene, porque tiene una obligación médica y quiere cumplir con el médico, porque tiene la

sensación de que si no viene al psicólogo no le van a dar los medicamentos... como funcionamos con una ficha electrónica, entonces después el médico puede leer que el paciente no quiso venir, o a veces me los mandan de vuelta igual. Tengo doctores que no logran identificar que no existe la distinción de “no paciente”, y a veces me ha pasado ahora, eso lo conversamos y finalmente algunos entienden”.

Entrevistado 5

“Y el tema del contacto directo con mis compañeros de trabajo hace mucho más amigable el asunto, cachai, yo no tengo que negociar con mis compañeros, y tampoco tengo que negociar con el paciente, porque yo a mi colega le puedo decir o a la nutri yo le puedo decir y explicar mi manera de ver las cosas y entienden perfecto... Claro, pero por ejemplo lo que yo nunca hago, que trato de no hacerlo nunca, es decirle a mis compañeros de trabajo que el chiquillo no tiene depre. Porque vienen de un modelo médico que no se si son capaz si quiera de entender este nuevo modelo que es distinto... pero yo no me voy a ir en contra del diagnostico... Lo que si les voy a decir por ejemplo es que no utilicen el diagnostico para justificar. Y les voy a decir “sabi que estoy complicada con el diagnostico”... no se expliquen a sí mismos “a este cabro es así porque trastornos de personalidad”.

4. Exceso de derivación interdisciplinaria

Estrategia: Derivar a profesionales a los que el paciente quiera o acuerde asistir

Esto se relaciona con no derivar a un profesional por algún motivo de consulta al cual el paciente no quiera asistir.

Entrevistado 1

“Lo que yo trato primero de ver si el paciente realmente quiere eso y yo veo lo que necesita y yo me puedo dar cuenta, por ejemplo, que la persona está con un problema de obesidad, claramente, sin ser nutricionista, solo con mirarlo me puedo dar cuenta que esa señora tiene obesidad. Entonces, a lo mejor, yo ¿qué haría? La mandarí a la nutricionista, pero

si esa persona no está interesada en bajar de peso. Entonces es como una pérdida de tiempo para mí, para el usuario y para la nutricionista, porque va a pedir una hora que realmente no va a llegar... Entonces ¿qué hago yo? Yo veo que la persona de apariencia tiene obesidad, primero le pregunto “¿ha ido usted alguna vez a la nutricionista? ¿Ha intentado bajar de peso? ¿Es un problema para usted?”, si la persona me dice “si, en realidad a mi me gustaría ir a la nutricionista, porque me duelen las piernas, me canso, y no sé, no puedo hacer mis cosas como las hacía antes. Si me gustaría ir a la nutricionista”, la envío, pero si la persona me dice “no, no estoy ni ahí, yo he sido toda la vida gordita y la nutricionista, yo ya sé lo que me va a decir”, porque muchos dicen eso, yo ya sé lo que me va a decir, que no tengo que comer pan, que tengo que hacer ejercicio. Entonces no” Entonces no la mando. No la mando. Entonces así la persona no va a tener ese temor de si al segundo control yo le pregunte “¿por qué no fue donde la nutricionista?”... Entonces yo trato de indagar, lo que yo veo como una necesidad para ella, es una necesidad real para ella”.

Entrevistado 4

“Entonces, como que la chica esta se satura. Como “oh, tengo que ir a la psicóloga y me va a preguntar eso y va a venir la asistente social y el ginecólogo” y se asustan. Entonces lo mejor, yo creo es ver de manera paulatina e ir la enviando a uno, “anda a la psicóloga” y luego la psicóloga la deriva a la asistente social, así. O sea, como una red. Evitar ese bombardeo me parece una buena estrategia”.

Entrevistado 5

“Es que ya cuando me llegan así yo trato de explicarles como es el sistema ya, pero por lo general imagínate que son adolescentes no cachan mucho, menos de cómo funcionan los sistemas de salud entonces, o sea si a mí me cuesta entender”.

“Yo les explico, porque en general lo que ocurre siempre es que nadie les dice na’, nadie les habla, nadie les conversa nadie les dice como se hacen las cosas como que los mandan y ellos obedecen... Primero que todo es explicar, y de ya como que van bajando las defensas así como que ya se relajan un poco, ya no están, no vienen tan cerrados o sea como que se abren un poco más”.

5. Dificultades con el modelo de atención contradicciones con el modelo sistémico

Estrategia: Adaptar el operar del psicólogo con formación en terapia sistémica en el contexto de los centros de salud familiar.

Esta estrategia se refiere adaptar y complementar el operar desde un abordaje sistémico en terapia en un contexto de salud que opera desde un modelo biomédico

Entrevistado 2

“Adaptar el modelo sistémico al modelo del ministerio de salud”

Entrevistado 3

“Me mandan el diagnóstico de depresión, yo lo pongo, pero jamás hablo de depresión en la terapia. La gente te lo nombra y yo le explico que es una explicación de un problema “que veamos que hay más allá”, “que ¿por qué le viene la depresión?”, en el fondo, ¿a qué lo atribuye?, porque ¿cómo se le explica?, y trato de que se olviden, no que no se encasillen en el concepto. Hay que trabajar con esto, si no trabajes en un CESFAM... al principio se me hacía incómodo ir a las visitas domiciliarias, pero en realidad después veo que también puedo trabajar en el contexto, a veces me encuentro con la abuelita que está en la casa, que nunca ha ido al consultorio y también aprovecha de contarme cual es su versión respecto a lo que le pasa con ese adolescente... Entonces al final, trato de mezclar ambas cosas, de cumplir con el modelo familiar, que me piden en el consultorio y también con mis propios criterios terapéuticos... Trato de aunarlas lo que más se pueda”.

6. Escaso tiempo asignado de la terapia

Estrategia: optimizar el tiempo tomando una actitud más directiva en la sesión

Entrevistado 1

“Entonces en base a eso lo único que uno puede hacer es tratar de optimizar lo más que se pueda el tiempo, en cumplir el horario, la persona tenía la hora a las 8 y empezamos la terapia a las 8. O sea, uno como profesional, ser como bien criterioso en cuanto al horario. Si la hora termina a las 8:30 terminar de atender a las 8:30 y no extenderse. Esto es algo que la experiencia, un poco, te lo va dando... Claro, empiezo con el cierre de manera que no doy pie a que el paciente siga preguntando y no se siga explayando, y no darle más al tema. Y optimizar el tiempo, significa, bueno “voy a empezar temprano para tener la media hora por lo menos más menos integra, por ahí decirlo”.

Entrevistado 2

“Ahora, también, me acostumbré a llenar fichas más contextualizadas, más resumidas, al principio, más pajarita nueva, me costaba hacer eso, de hecho lo escribía todo en un cuaderno y después lo pasaba... atendiendo más rápido, haciendo las fichas y atendiendo, escribiendo a la vez, o sea, que feo suena, pero como aprender a poner lo justo y lo necesario. Entonces si tenía al otro paciente afuera, tenía que atender y escribir, ¿cuál es la otra posibilidad? Hacer la atención un poquito más rápida, para que te queden unos minutitos antes que llegue le otro”.

Entrevistado 5

“Mira lo que hago yo personalmente es cuando el paciente es nuevo, preguntar directamente algunas cosas, quizás como yo soy súper aguda para preguntar, entonces pregunto hasta donde quiero que me contesten y pregunto, pregunto, pregunto ¿ya?, y ya para una segunda vez por lo tanto ya me queda la película relativamente clara, y lo que hago es ya a partir de la segunda del control, cachai, lo que hago es resumir lo que paso a vez anterior y partir al tiro trabajando de ahí. Le digo “sabi que pasó esto la otra sesión”. Aquí exploro, pero a grandes rasgos, el problema en sí como que lo indago harto. A partir

de ese problema yo en la segunda sesión empiezo a profundizar... y voy a los significados, o sea sí que se explaye, pero a nivel de significado”.

Estrategia 2: Hablar con la jefatura para solicitar extensión horaria dependiendo del caso

Entrevistado 2

“Aquí se trabaja, digamos, en duplas, como el psicólogo con el asistente social. Se entabló una reunión como de que llegó a un acuerdo de hablar con la jefatura con el fin de que nos den hora o que nos den espacio para llenar las fichas en hora externa a la misma hora de la sesión... También otras cosas que se han hecho son por ejemplo, que si el caso lo amerita extender el horario de atención”.

Estrategia 3. Citar por separado.

Entrevistado 2

“También otra cosa que he tratado de hacer con estas cosas, como son 30 minutos y como tú recién lo acabas de mencionar he hecho que pidan sesiones por separado. El día que atiende al adolescente sea, por ejemplo, el martes y a la mamá un jueves. Porque muchas veces las mamás están tan contenidas que también, a su vez, evitan desahogarse, porque no quieren que su hijo las vea mal”.

Estrategia 4. Responsabilizar al paciente sobre la puntualidad

Entrevistado 2

“Otra estrategia que se utiliza, pero que eso también es un traspaso de responsabilidad. Es cómo encuadrar al usuario y remarcarle la importancia de las cuales es que llegue a la hora que corresponde... Tiene que ver como con un compromiso que tiene que hacerse cargo. Y una forma de hacerse cargo es llegando a la hora, porque si él llega 15 minutos tarde lamentablemente le tengo que ir restando esos minutos, tiempo en el que podríamos trabajar y profundizar ciertos temas que no podemos por la limitancia del tiempo”..

7. Visitas domiciliarias

Estrategia: Utilizar visitas domiciliarias como medio de información.

Esta estrategia se relaciona con que los psicólogos que hacen vistas domiciliarias sacan el mejor provecho de ellas y la utilizan como medio de obtención de información y apoyo a pacientes.

Entrevistado 3

“A veces resulta, la gente como que se siente considerada cuando uno los va a buscar a la casa. Entonces van y piden hora: “si, señorita, que en realidad... he tenido tantos problemas, he estado enferma, lo que sea”, ahí igual me confundo, yo no sé si en realidad van, porque se sienten obligados, porque los tengo que ir a buscar, o porque en realidad se sienten considerados y por eso sigue asistiendo, como hay otro que no están ni ahí con que vaya, siempre dicen que si y no vuelven a asistir”.

“Lo encuentro invasivo, es como llegar, a veces están durmiendo, “permiso, ¿podemos entrar?”. Yo a veces atiendo en la calle, prefiero no entrar, no me gusta, pero ya me tenía que acostumbrar. Que a veces funciona súper bien, cuando vamos en equipo y todo, así también conocemos las realidades, ahí como son las casas, cómo viven, cómo. Entonces hay pacientes postrados, que obviamente hay que ir a visitarlos a la casa”.

Entrevistado 5

“El recate y las visitas domiciliarias sirven harto como recurso muchas veces, porque de repente hay pacientes que no pueden venir y además te permite conocer el contexto en el que está el paciente”.

2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se presentara el análisis de los resultados obtenidos. Así como los análisis anteriormente descritos buscaban el cumplimiento de los objetivos específicos de ésta investigación, esta parte se muestra como una fase de mayor profundidad en el análisis, buscando así el cumplimiento del objetivo general de éste trabajo el cual dice relación con el análisis de las estrategias de los terapeutas sistémicos que trabajan con adolescentes en atención primaria ante las dificultades en psicoterapia. Este análisis debe ser comprendido como emergente de las fases anteriores, por lo tanto no debe entender de un modo aislado.

A continuación describiremos las dificultades y estrategias descritas por los terapeutas y relacionándolas con el marco teórico de modo de generar un diálogo entre los datos y la teoría.

Dificultades y estrategias en psicoterapia en la relación terapeuta- sistema consultante.

Una de las dificultades descritas por los entrevistados fue la baja motivación que tienen los adolescentes de asistir a terapia, lo cual se relaciona muchas veces con la obligatoriedad que tienen los adolescentes de asistir, impuesta por sus padres, otros profesionales, colegio, etc. Al momento de observar esta dificultad resulta interesante abordarlo pensando en la adolescencia como etapa del ciclo vital, donde por ejemplo existen algunos cambios a nivel cognitivo que Piaget la llama operaciones formales, las cuales le permiten construir teorías sobre varios aspectos de la vida, que muchas veces están sujetas a su falta de experiencia. Esto a su vez mezclado con una característica dada esta edad que es el egocentrismo asumiendo que sólo su opinión es la correcta (cfr., pág.49), lo más probable es que sea muy difícil por ejemplo para los padres, colegio u otro profesional derivar, llevar o plantearle a un adolescente que asista a consulta con un psicólogo (tomando en cuenta de que aún existe la creencia popular de que es el profesional que trata a los “locos”), si él se encuentra en desacuerdo con esta idea. Por lo tanto desde una característica del consultante en esta etapa del desarrollo, no sería raro que el adolescente pudiese tener una baja motivación en un contexto en el que muchas veces asiste obligado o donde se le plantea que

tiene un problema que él no comparte, en este sentido es importante considerar lo que el adolescente piensa acerca del motivo de consulta debido a que esto puede generar mayor apertura y disposición a la terapia. Por otra parte durante esta etapa el adolescente realiza una diferenciación del sistema familiar, y pasa a ser el grupo de pares y la pareja con la cual el adolescente considera como su grupo de confianza (cfr., pág.53 y 100), esto tal vez podría ayudarnos a entender la reticencia que pudiese tener el adolescente a la consulta del psicólogo como un espacio de contención y confianza.

Una de las estrategias descritas aquí desde el relato de los terapeutas es el motivar al paciente, el buscar junto con él algo que lo motive a generar un cambio. Una de ellas tiene que ver con el contexto de atención, en el cual hay que seguir una serie de procedimientos y guías clínicas que indican cómo trabajar algunos pasos a seguir con el paciente y en ocasiones el sistema indica cierta obligatoriedad en la atención de pacientes. Llama la atención que ésta estrategia no tiene relación con los planteamientos de los modelos sistémicos que operan tanto desde una cibernética de segundo orden, por ejemplo si lo abordáramos desde el modelo estratégico planteado por Haley la definición del problema es lo que expuesto por el cliente y el terapeuta debe reconocerlo como tal (cfr, 28), por lo tanto si el adolescente no trae un problema o no trae un motivo de consulta evidente, resulta muy difícil poder abordarlo desde una mirada sistémica.

Otra dificultad descrita por los terapeutas, se relaciona con la falta de asistencia que tiene la familia a la terapia debido a su comprensión particular del problema en el cual lo sitúan en el adolescente. Desde este relato podríamos pensar que las personas tal parece que se explican un fenómeno desde un modelo mas intrapsíquico o desde un modelo biomédico, en el que el problema o la enfermedad está situada en las personas, omitiendo el aspecto relacional. En este punto trabajos como “terapia sistémica individual” escrito por Boscolo y Bertrando (aunque no aparece en los antecedentes de este estudio), pueden resultar útiles como una posibilidad de abordar con una mirada sistémica sin que necesariamente esté toda la familia dentro del box se atención.

Un elemento que ha caracterizado a la terapia sistémica desde el período posterior a la segunda guerra mundial ha sido el concepto de cibernética que en la terapia familiar considera que el comportamiento de los miembros de una familia depende cómo se articula la relación con los demás, de modo que los terapeutas centran su atención al contexto del individuo más que al individuo mismo dando un salto de lo intrapsíquico a lo relacional (cfr., pág. 23). Esto sin duda es un concepto base en la formación de terapeutas sistémicos.

La estrategia que han llevado a cabo los terapeutas frente a ésta dificultad se relaciona con redefinir el problema. En este sentido, los terapeutas (probablemente desde su formación) tienen algunas diferencias en relación a desde donde se sitúan y como conciben la realidad y por lo tanto esto puede generar diferencias en el cómo conciben un problema. Algunos se sitúan mas desde una cibernética de primer orden en la cual el observador desde una realidad externa desde una visión normativa en la cual se educa al paciente sobre su problema con el objeto de que cambiar la organización patológica del sistema. Por otra parte algunos terapeutas se sitúan más desde una cibernética de segundo orden, donde hay un proceso de construcción de la realidad observada y el conocimiento se adquiere a través de la autorreflexión con el paciente (cfr, pág. 33). Esto es un elemento fundamental en psicoterapia debido a que desde donde conciben la realidad los terapeutas será desde donde se posicionen al momento de estar frente a una persona en psicoterapia.

Otra de las dificultades que refieren los terapeutas es que la familia del adolescente muchas veces no asiste a terapia porque no quieren acompañar al adolescente, esto se relaciona con que hay un bajo apoyo de la familia hacia el adolescente. Al momento de pensar en ésta dificultad surge inmediatamente la pregunta de ¿Por qué la familia no quiere involucrarse en un proceso terapéutico con el adolescente?. Algunos de los entrevistados refieren *“porque muchos de ellos han desertado del ámbito escolar y no tienen... mmm... familiares, son niños muchas veces muy abandonados por su familia, entonces al haber un bajo compromiso por parte de la familia en ayudar en este proceso el niño también deserta* (Entrevistado 1, pág. 105).

En la literatura claramente hay algunos factores de riesgo en el adolescente que atentan contra la salud física psicológica y familiar del adolescente (cfr, 54). Estos factores se clasifican a nivel individual, relacional, comunitario y social. En el factor relacional uno de los factores de riesgo son la disfunción familiar, familia con pobres vínculos, violencia intrafamiliar, (cfr, 55). Por lo tanto, la familia puede ser un factor de riesgo o un factor protector dependiendo del vínculo que establezcan con el adolescente y como lo acompañen en sus procesos.

Como estrategia frente a esta dificultad los terapeutas generan estrategias de prevención, promoción y psicoeducación. Como ya se mencionó anteriormente, esta estrategia se relaciona con que los terapeutas aparte de sus actividades en psicoterapia deben realizar actividades donde se realizan labores de psicoeducación en temas de salud mental a la población y así transmitir la importancia de la consulta de salud mental y motivar a que la comunidad asista. Estas estrategias forman parte de las prestaciones que se realizan en el nivel de atención primario en salud mental según el plan de salud mental y psiquiatría (cfr, pág. 85), las cuales algunos terapeutas adoptan dentro de su quehacer utilizándolos como estrategias de intervención psicoterapéuticas.

Es importante mencionar que las actividades de promoción en salud mental no necesariamente tienen que ser realizadas por un psicólogo sino que también las pueden realizar otros profesionales como la asistente social, la enfermera, la matrona, el médico u otro integrante del equipo de salud general, y se pueden realizar con organizaciones locales (o con personas capaces de crearlas), redes comunales de prevención, organizaciones de usuarios y / o familiares, sociales, laborales, escolares, de vivienda, de justicia, organizaciones no gubernamentales, privadas, medios de comunicación, otros. (cfr, pág. 84).

De la misma forma las actividades de prevención pueden ser realizadas por otros profesionales, sin embargo, estas actividades están dirigidas a grupos de mayor riesgo como portadores de una patología somática crónica, aquellos en los que se detecta un evento vital agudo, afectados por violencia, familiares de personas con enfermedades

mentales o discapacidad, personas en condición de pobreza o marginación, consumidores de drogas y exceso de alcohol, niños.

El contexto de la promoción, probablemente es una instancia en la que la comunidad puede acercarse al equipo de salud general (entre ellos el psicólogo) sin necesariamente estar bajo un proceso terapéutico o tratamiento, lo cual puede ser una instancia de poder aclarar dudas o consultas, poder aprender cosas nuevas, conocer lo que hace un psicólogo, aclarar sus prejuicios frente a él, etc, lo cual desde el punto de vista del terapeuta puede ser un elemento generador de consulta en psicoterapia dando a conocer la importancia de la participación de la familia en el contexto terapéutico y a la vez contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de la población mediante otro tipo de intervenciones paralelas a la psicoterapia.

Otra estrategia que los terapeutas generan para responder a ésta dificultad fue la de generar compromiso familiar en la terapia durante la sesión de ingreso, esto consiste en que en la primera consulta incorporar a la familia (en caso de que acompañen al adolescente en ese momento) al proceso terapéutico y generar compromiso con el adolescente y con la terapia.

Esto nos hace pensar que para los terapeutas sistémicos es importante la presencia de la familia de la terapia. En los 80, Boscolo y Cecchin plantean que dejan de creer que un síntoma de cualquier género sea invariablemente correspondiente a una configuración familiar, sino que la terapia se convierte en una creación entre terapeutas y clientes, de “historias” alternativas y atribución de nuevos significados (cfr, 34). Esto permite dar un buen pie para el desarrollo de modelos sistémicos que permiten trabajar de forma individual (cfr, pág. 36). A pesar de que hay desarrollo de modelos sistémicos que permiten trabajar de forma individual, tal parece que para los terapeutas que trabajan con adolescentes en atención primaria de salud, la presencia de la familia (especialmente de los padres) en la terapia tal parece ser algo importante contar la familia como recurso para la terapia, según ellos con el objeto complementar con el punto de vista de los padres y su propia comprensión del problema que se está abordando y así tener mayor posibilidad de intervención con la problemática del sistema consultante.

Esta estrategia se relaciona también con la dificultad que mencionaremos a continuación que se relaciona con los adolescentes no desean que la familia asista a terapia o que los acompañen, esto se relaciona con que en ocasiones el adolescente solicita al terapeuta que su familia no participe, lo cual según el terapeuta se relaciona tanto con la temática que se trabaja o porque el adolescente sabe que no recibirá apoyo. Aquí la estrategia a utilizar tiene que ver con la reflexión junto al adolescente sobre la relación de su familia con el problema y la importancia de la participación de la familia. Nuevamente aquí observamos que el terapeuta su estrategia está orientada a la inclusión de la familia, aunque pueda trabajar con el adolescente de manera individual. En esta estrategia es importante considerar autores como Kraupskof (cfr, pág. 52), que describe algunas características según la fase en la que en la que el individuo se encuentra en la adolescencia, como por ejemplo en la fase temprana existe una necesidad de compartir los problemas con los padres, deseos de comprensión y apoyo de parte de éstos, pese a que la autoestima tiende a dejar de nutrirse desde ellos. En esto, puede ser un buen contexto para plantear la idea en el adolescente de inducir la participación de la familia en la terapia, a diferencia de etapas posteriores donde la diferenciación del sistema familiar comienza a ir en aumento.

Otra estrategia frente a la dificultad mencionada es el *evaluar según el tipo de paciente su preferencia horaria y así generar mayor adherencia*. En relación a esto, los terapeutas refieren que los adolescentes son un poco reticentes a asistir a psicoterapia a primera hora en la mañana. En la literatura se abordan algunos temas en relación a los hábitos de los adolescentes, uno de ellos es el sueño. La literatura nos dice que los adolescentes generalmente van a dormir tarde y muchos deben levantarse temprano para sus quehaceres escolares, por lo tanto esto genera somnolencia. Este fenómeno ocurre por un cambio en el ciclo circadiano a esta edad debido a que la secreción de melatonina ocurre más tarde, por lo tanto el rendimiento cognitivo de los adolescentes es más bajo a primera hora en la mañana, además de mal humor y otros síntomas (cfr, pág. 50). Es importante mencionar que la psicoterapia es un proceso exigente en términos cognitivos, por lo tanto no sería raro pensar desde aquí que el adolescente pudiese tener menos motivación de asistir a la terapia en horarios tempranos por este elemento a nivel fisiológico propio del desarrollo. Este

punto nos indica la importancia de abordar desde una mirada biopsicosocial la adolescencia donde aspectos fisiológicos pueden generar dificultades en un proceso psicoterapéutico.

Otra dificultad aquí mencionada tiene relación la percepción que tienen los adolescentes acerca del rol del psicólogo, lo cual se relaciona con las creencias que tienen los adolescentes acerca del rol del psicólogo, lo cual muchas veces genera reticencia o temor.

Una de las creencias que relatan los terapeutas acerca de lo que los adolescentes piensan del psicólogo es que es alguien que te va a retar. Esta dificultad podría evaluarse desde lo descrito en la literatura relacionado con los cambios en las capacidades cognitivas que tienen los adolescentes, las cuales muchas veces pueden tener implicancia en aspectos relacionales ya sea con los padres o la autoridad, esto pasa debido a una mayor capacidad de poder evaluar distintos puntos de vista cuestionando normas y la jurisdicción familiar y social (cfr, 51). Desde este argumento, no sería extraño que si el adolescente piensa en el psicólogo como alguien que lo va a retar (una figura de autoridad), probablemente lo evite o lo desafíe. La principal creencia que tiene el adolescente acerca del rol del psicólogo es para tratar a los “locos”. Esto nos lleva a pensar que podría existir debido a una herencia cultural relacionada a que durante muchos años terapeutas sistémicos realizaron trabajos e investigaciones con esquizofrénicos (cfr, 22) o quizás desde una asociación con la psiquiatría tradicional.

La estrategia generada por los terapeutas aquí se relaciona con aclarar los prejuicios que tienen los adolescentes acerca del rol del psicólogo, para así generar mejor disposición hacia la terapia. Esta estrategia podría ser transversal a cualquier modelo teórico, debido a que las otras corrientes teóricas en psicoterapia también tienen su encuadre particular que los sitúa desde una posición hacia el paciente, lo cual es determinante para definir la red de conversaciones que se podrán abordar.

Otra dificultad se relaciona con el temor de los adolescentes por la ruptura de la confidencialidad por parte del psicólogo. Un elemento a considerar el aspecto de la confidencialidad en psicoterapia, es el tema del contexto donde trabaja el terapeuta, que es

un Cesfam el cual es parte de una red asistencial. La red asistencial tiene la misión de diseñar, proponer y evaluar mecanismos de coordinación e integración técnica y administrativa de la Red Asistencial regional en lo referido al desarrollo de los diferentes niveles de complejidad de los establecimientos integrantes de la Red, así como de los sistemas de comunicación, referencia, derivación y contraderivación de pacientes y las demás materias que sean necesarias para la adecuada atención de la población y el mejor uso de los recursos de salud (cfr, pág. 73). Uno de los sistemas de comunicación que ha generado ésta red es el uso de la ficha clínica computarizada, la cual puede estar disponible y de libre acceso a los contenidos a cualquier profesional del centro de salud que lo desee, por lo tanto, la confidencialidad existente tanto en psicoterapia tanto en cualquier otro tipo de prestación de cualquier otro tipo de profesional está subordinada al uso de la información que plantea el modelo de salud.

La estrategia generada aquí por los terapeutas sistémicos es dejar en claro el encuadre en relación a la confidencialidad, con el objeto de generar confianza y apertura en el adolescente. Esta dificultad y estrategia, si lo analizamos, no son exclusivas del terapeuta sistémico, sino que podríamos pensar que son transversales para cualquier psicólogo desde cualquier línea teórica, lo cual no deja de ser relevante pues nos lleva a pensar que la confidencialidad no es sólo un derecho del paciente sino que es parte de un encuadre terapéutico favorable para el proceso independiente de la corriente teórica.

Dificultades y estrategias en psicoterapia en la relación sistema consultante- contexto.

Un de las dificultades descritas por los terapeutas es que los adolescentes y sus familias no pueden ir a terapia por dificultades horarias, por sus responsabilidades en el hogar o por motivos económicos. Las estrategias que los terapeutas generan para responder a esta dificultad es citar a los adolescentes a horas que no generen problemas con su jornada escolar u otras obligaciones y así posibilitar su asistencia.

Un elemento a considerar al momento de abordar esta dificultad se relaciona con un fenómeno que ha venido en aumento en las últimas décadas que es el aumento de familias

monoparentales con hijos, en la que muchas veces está compuesto por una dueña de casa con hijos, que debe salir a trabajar (cfr, pág. 63) y que tiene dificultades para asistir a psicoterapia debido a que su horario laboral se topa con el horario de atención brindado por la atención primaria municipal. En este contexto, no es extraño que en los casos que exista más de un hijo, los mayores pasen a tener un rol de cuidador de sus hermanos menores, lo cual sumado a sus obligaciones escolares, quizás dificulta los tiempos en los que el adolescente pueda asistir a terapia. En este contexto es claro que las estrategias deben estar orientadas a dar la posibilidad y la opción de que las familias puedan asistir, nuevamente aquí nos encontramos con una dificultad y una estrategia que puede ser transversal a todos los modelos teóricos de psicoterapia, esto nos permite reflexionar (aunque será discutido con mayor detalle en las reflexiones finales de este trabajo) que existen dificultades y estrategias que no provienen del modelo teórico, sino que provienen del contexto sociocultural en el que los pacientes viven, frente a lo cual puede haber un punto de convergencia en relación a las estrategias a utilizar por los distintos modelos.

En relación al problema económico que plantean los terapeutas que las familias y los adolescentes tienen muchas veces para asistir a terapia, resulta relevante mencionar algunas cosas. A nivel demográfico, según el Ministerio de salud, la mayoría de los adolescentes chilenos viven en zonas urbanas. Estadísticas refieren que un 12,7% de la población juvenil entre 15 a 24 años se concentra en zonas rurales. Estos últimos concentran mayores índices de pobreza y vulnerabilidad social (cfr, 57)). Es importante mencionar en que en las zonas urbanas las personas poseen mayor posibilidad de atención, mejores accesos y a un costo más económico, mientras que en zonas rurales el acceso muchas veces está sujeto a trayectos largos y a un mas alto costo. Este factor probablemente en una terapia que exija que asista toda la familia semanalmente llega incluso a ser un factor de riesgo de deserción de la terapia.

Un elemento ya mencionado anteriormente, es que por ejemplo frente a éste tipo dificultad, probablemente terapias sistémicas individuales que no requieran la presencia del todo el sistema familiar en sesión, resultan favorables frente a este tipo de dificultad. Esto se relaciona directamente con otra estrategia generada por los terapeutas frente a esta

dificultad, que se relaciona con que el terapeuta trabaja individualmente incluyendo indirectamente a otros miembros de la familia mediante el uso de tareas o instrucciones que lo hagan participar activamente del proceso. En este sentido la terapia narrativa describe algunas técnicas mediante el uso de medios narrativos para fines terapéuticos como el uso de cartas (cfr. pág. 40), o los aportes de Milton Erikson, el cual sitúa la estrategia en primer plano en la terapia: hacer planes, buscar soluciones peculiares e inesperadas para conducir a los clientes en la dirección deseada. Gracias a esto se introduce posteriormente en la terapia familiar el gusto por la novedad, lo inesperado, las “tareas para la casa” y la ruptura de esquemas (cfr. pág. 25). Todos estos elementos propuestos por éstos autores pueden ser de utilidad para el terapia frente a la dificultad que puede haber de miembros que no puedan asistir presencialmente a sesión y así poder incluirlos activamente en el proceso.

Existen algunos modelos en psicoterapia, como por ejemplo el modelo orientado a las soluciones de de Shazer, el cual es un modelo que deriva del modelo del MRI, sin embargo, acentúa los recursos de los clientes y el interés hacia el lenguaje, manteniendo los principios de practicidad, simplicidad y brevedad (cfr, 35). Otro tipo de modelos sistémicos que podrían ayudar con ésta dificultad es por ejemplo el modelo de Milán que en sus inicios compartía una idea las diez sesiones de la terapia breve, pero establece un tiempo de un mes entre una sesión y otra, denominándose como una terapia breve-larga, esto quiere decir pocas sesiones pero con un intervalo largo de tiempo entre una y otra (cfr, pág. 30), lo cual puede ser un elemento que del modelo que podría contribuir a la dificultad de la familia en relación al costo económico de la periodicidad de la terapia.

Una estrategia novedosa que refieren los terapeutas es el uso de las visitas domiciliarias, lo cual se relaciona con que los terapeutas en sus otras actividades del centro de salud, en las que tienen que hacer visitas domiciliarias aprovechan estas instancias para entrevistados que no puedan asistir por motivos económicos a terapia. Esto debe hacernos recordar que en sus inicios, la terapia familiar tuvo una fuerte influencia dada por la asistencia social (cfr, pág. 22), lo cual puede hacernos pensar que hasta hoy la práctica de las visitas domiciliarias (que quizás uno pensaría como una actividad exclusiva de la asistente social) es algo que se ha mantenido en los sistema de salud durante décadas, por lo tanto, es

importante que los psicólogos traten de sacar el mejor provecho de éste tipo de intervenciones.

Otra dificultad relatada por los terapeutas es que el adolescente deja de asistir a terapia debido a presión de sus pares, esto según los terapeutas se relaciona con que los pares excluyen del grupo al adolescente o porque los molestan si asisten a terapia. Es importante mencionar que en ésta etapa los adolescentes se encuentran en un proceso de ampliación de sus relaciones sociales (pares y pareja), éstos constituyen un espacio en el que se construyen las experiencias de posicionamiento social fuera del marco familiar, regulando sus conductas a partir de la necesidad de reconocimiento grupal y de los interlocutores que valida, logrando un alto poder respecto a los jóvenes (cfr, pág.52). Por lo tanto, la influencia del grupo del adolescente en el caso de que sean una influencia negativa y que cometan conductas de riesgo, puede resultar un factor de riesgo para el desarrollo psicosocial del adolescente. Por lo tanto no sería raro de que si el grupo presiona a que el adolescente no vaya, considerando la etapa del desarrollo en la que se encuentra el adolescente, no sería extraño pensar que este fenómeno podría contribuir a su deserción de la terapia.

La estrategia generada aquí por los terapeutas de prevención, promoción y psicoeducación. Esto se relaciona con lo ya antes mencionado acerca de que existen otras prestaciones paralelas a la psicoterapia que hacen los terapeutas desde el modelo de atención de salud primaria municipal, siguiendo los lineamientos del plan de salud mental y psiquiatría. En este punto, cuando el adolescente no va a terapia por éste motivo son los terapeutas los que se acercan a la comunidad junto al equipo de salud, para hacer acciones como prevención promoción y rescate de pacientes, centrándose muchas veces en temas como consumo de alcohol, drogas u otras conductas de riesgo.

Dificultades y estrategias en psicoterapia en la relación terapeuta –contexto.

Una de las dificultades que relatan los terapeutas en el dominio relacional terapeuta-contexto terapéutico es que debido a la alta demanda de horas, esto quiere decir que

muchas veces existe una baja disponibilidad de horas para los pacientes en psicoterapia lo cual genera que exista un distanciamiento temporal extenso entre sesiones. Esto es genera en los terapeutas una sensación de que la terapia sea menos efectiva y lo relacionan incluso como causal de deserción.

Frente a esta dificultad los terapeutas han generado un conjunto de estrategias. Una de ellas es el rescate de pacientes lo cual se relaciona con que si el adolescente deja de asistir debido al distanciamiento de las sesiones los psicólogos hacen acciones de rescate, lo cual es llamarlos para que asistan o visitarlos en su hogar. Es importante mencionar que esta estrategia es una estrategia que se utiliza en los centros de atención primaria probablemente en respuesta a un objetivo propuesto por el plan de salud mental y psiquiatría en relación a la red de servicios de salud, en la que ellos deben realizar actividades regulares que faciliten y motiven la participación de los pacientes, familiares y de sus organizadores en los distintos niveles de la red de servicios (cfr, 80). Este objetivo nos permite reflexionar acerca de la posición del servicio de salud en relación a la comunidad, en el que hay que motivar la participación de pacientes y sus familias, con esto podríamos pensar que se sitúa en este caso al terapeuta o psicólogo en una posición de rescatar, de ir a buscar al paciente y motivarlo a que consulte.

Probablemente si buscáramos entre los modelos sistémicos contemporáneos a algún terapeuta que se sitúe desde esta posición de una responsabilidad por y para el paciente, probablemente no encontraríamos ninguno. Esto sin duda es un elemento a considerar al momento de que un terapeuta de orientación sistémica trabaje en atención primaria, para esto es importante generar una reflexión acerca de cómo entablar un diálogo desde el modelo sistémico con el modelo de salud que sitúa al paciente tal cual como lo dice su definición: paciente.

Otro tipo de estrategias que mencionan los terapeutas es instruir, enseñar al paciente el uso del sistema. Esto se relaciona con que el psicólogo desde su experiencia y conocimiento del funcionamiento del centro de salud, instruye al paciente en el uso del sistema para así sacar el mejor provecho de éste y disminuir así el distanciamiento entre sesiones.

Aquí vemos otro tipo de estrategias en el que el psicólogo traspasa la responsabilidad al paciente de conseguir sus propias horas, y tomando él más una posición de asesor y no ejecutor, sino que si el paciente necesita atención es importante que genere recursos y estrategias que le permitan una intervención próxima. Es importante mencionar que con esto no se intenta depositar la responsabilidad en el paciente acerca del problema (en este caso la falta de horas y el exceso de consulta), sino que más que nada se intenta describir una posición del paciente frente a su tratamiento: de no paciente, de consultante, de alguien activo en su proceso. Una de los modelos sistémicos por ejemplo que ilustra esto es el del modelo centrado a las soluciones de de Shazer, quien plantea “las personas tienen en sí, todos los recursos necesarios para dar solución a sus problemas; el terapeuta tiene sencillamente la función de facilitador; no es necesario que el facilitador sepa alguna cosa del problema presentado; para que se dé el cambio, es necesario y suficiente que el cliente se comporte de modo diferente o vea las cosas de manera diferente”(cfr, pág. 37). En este caso vemos al terapeuta situado desde una posición distinta, como facilitador de cambio, no el encargado.

Otra de las estrategias generadas para esta dificultad es el *sobrecupo*, esto se relaciona con que los psicólogos utilizan el sobrecupo, esto lo logran muchas veces haciendo sesiones más breves a algunos pacientes y así poder acortar el distanciamiento entre sesiones. Otra estrategia es el *citar a pacientes según motivación al cambio y según complejidad*, esto se relaciona con que los terapeutas establecen criterios en relación a la complejidad y a la motivación al cambio de los pacientes, dependiendo de eso se intencionan citas de forma más seguida.

Los terapeutas refieren que utilizan estas estrategias cuando hay un proceso terapéutico que requiere de continuidad debido a su gravedad o frente alguna situación inesperada que pueda ocurrir en el transcurso de su jornada laboral. Probablemente aquí estrategias como la contención probablemente deben ser frecuentes, es importante recordar que los CESFAM son una unidad que a pesar de ser atención primaria muchas veces pueden recibir casos de urgencia, frente a lo cual el psicólogo debe estar preparado para realizar las acciones

correspondiente frente a situaciones de riesgo o mayor complejidad. Esto probablemente debe ser una estrategia transversal a todos modelos teóricos, pero si lo pensamos, tal vez podría no ser una estrategia sino una práctica informal propia del trabajo dado su alta demanda de atención.

También es importante mencionar que los terapeutas refieren como estrategia citar al paciente más seguido según su motivación al cambio. Un elemento importante a considerar es que anteriormente se ha dicho que en lo que respecta la atención al adolescente muchas veces se tienen consultas en las que el paciente es derivado u obligado a asistir a sesión. Esto nos lleva a reflexionar a que si el paciente está motivado lo más probable es que tenga algún motivo de consulta percibido por el cómo problema, lo cual desde el modelo sistémico lo transforma en consultante y eso sin duda en éste contexto caracterizado porque el adolescente asista obligado, es un hecho que no se puede obviar.

Otra estrategia relacionada a la dificultad de disponibilidad de horas y distanciamiento entre sesiones debido a la alta demanda, es que los terapeutas hablan con su jefatura para conversar acerca de la importancia de la distancia entre sesiones y así poder generar cambios en el sistema que les permítala libertad de realizar sesiones mas seguidas. Al momento de analizar esta estrategia, resulta interesante ver como los terapeutas al hablar con sus jefes y generar acuerdos para el mejoramiento de intervenciones, podría ser un reflejo de cómo el modelo sistémico comienza a dialogar con el modelo de salud integral planteado por el ministerio de salud, buscar salidas frente a las dificultades, generar acuerdos entre los modelos, probablemente este punto será desarrollado con más detalle más adelante en las conclusiones y discusión finales.

Otra dificultad mencionada por los terapeutas se relaciona con la infraestructura poco apropiada para la psicoterapia familiar, esto se relaciona con condiciones como ventilación, box de atención pequeños, con camillas, escritorio entre paciente y terapeuta, computador, etc. Se observan algunos elementos que llaman la atención por ejemplo el tamaño del box en el que caben dos o tres personas máximo, esto habla de que la infraestructura no está pensada para una terapia en la que pueda haber una familia dentro

del box, sino que está pensada en una atención individual, esto claramente para modelos sistémicos que trabajen con la familia, o en una atención de niños donde la presencia de padres muchas veces es fundamental, claramente pueden verse influidos por ésta variable.

La presencia de computador, camilla, y escritorio dentro del box, si lo pensamos el contexto claramente es muy similar a una consulta médica. En este punto resulta interesante reflexionar acerca de la que este tipo de elementos contribuyen a la construcción de la relación terapéutica y en la posición del terapeuta (que está vestido con un delantal blanco muchas veces) que puede ser significado para el paciente igual que un médico, un experto al cual debe seguir sus indicaciones. Este tipo de relación terapéutica es distinta a los planteamientos desde modelos sistémicos, por ejemplo en modelos terapéuticos como la terapia conversacional de Anderson y Goolishian quienes plantean una idea radical totalmente inversa: es el cliente el único experto en la relación terapéutica (cfr., pág. 42).

Otro autor que podemos mencionar quizás menos radical, es David Epston el cual llevó la psicoterapia fuera del modelo médico y de la metáfora de la enfermedad, de hecho él plantea que la psicoterapia es un instrumento que facilita el *paso*, el terapeuta es un entrenador de la familia y el individuo, y les ayuda a encontrar los pasajes justos a través de sus propias evoluciones existenciales, en el respeto de la identidad de cada pequeña cultura familiar (cfr., pág. 40). Como ya se mencionó anteriormente Steve de Shazer con su terapia orientada a las soluciones plantea que las personas tienen todos los recursos para dar solución a sus problemas; el terapeuta funciona como facilitador y como tal no es necesario que el facilitador sepa alguna cosa del problema presentado; para que se dé el cambio, es necesario y suficiente que el cliente se comporte de modo diferente o vea las cosas de manera diferente. Todos estos modelos nos muestran claramente que el la posición del terapeuta no es la de un experto que le dice al paciente lo que debe o no hacer para curarse, por lo tanto si las condiciones ambientales donde está el terapeuta generan un espacio o encuadre que indica una verticalidad en la relación terapéutica donde el paciente está en una situación de escuchar al experto más que ser él también activo y constructor en el proceso terapéutico, es importante que el terapeuta considere los elementos del contexto que pudiesen influir en la construcción de la relación terapéutica.

Dentro de las estrategias generadas por los terapeutas una es que dentro de las posibilidades que les brinda su centro de salud, buscan otros box que puedan favorecer el trabajo con la familia. Nuevamente aquí nos encontramos con una intencionalidad del terapeuta de trabajar con la familia, como ya mencionamos anteriormente, probablemente sea debido a una premisa que puedan tener en la que en un proceso terapéutico con adolescentes, el trabajo familiar resulta fundamental, la cual puede estar fundamentada en el tipo de problema y en las características del consultante. Aquí surge la idea de recordar el concepto de Autopoiesis de Maturana aplicado a la terapia familiar, esta idea contribuyó a disuadir la idea de que en la terapia necesariamente había aferrarse al sistema familiar especialmente en los casos de que un miembro, a diferencia de otros, no experimenta cambios, lo cual contribuyó a considerar la apertura y la revalorización de un individuo como sistema autónomo (cfr. pág. 34)

Otra dificultad mencionada en este estudio es el tema de la obligatoriedad de asistir a terapia por parte de otros profesionales, la cual podemos conectar directamente debido a su relación con el exceso de derivación interdisciplinaria. Estas dificultades se relacionan con que los profesionales que trabajan en el centro de salud familiar en relación a la atención de salud mental, tomando en cuenta el plan de salud mental y psiquiatría plantea que las intervenciones en atención primaria deben ser realizadas por un equipo de salud general. Este equipo compuesto por matronas, enfermeras, médicos, psicólogos, asistente social u otro integrante del equipo de salud general, los cuales dependiendo del cuadro existen algunas guías clínicas de tratamiento las cuales se caracterizan por ser de carácter interdisciplinario (cfr. pág 77), por lo tanto podríamos pensar que existe cierta obligatoriedad para los terapeutas de derivar a otros profesionales al tener alguna problemática específica, y desde el relato de los terapeutas muchas veces los pacientes y más específicamente los adolescentes, experimentan esta derivación como una obligación, lo cual tiene como consecuencia una disminución de la motivación del paciente de asistir a terapia.

Una de las estrategias que generan los terapeutas para responder frente a esta dificultad es generar un buen vínculo con el adolescente para responder a la derivación a otro

profesional, esto se relaciona con que los terapeutas acogen al adolescente en su situación de obligatoriedad y después trabajan juntos en como generar una respuesta al profesional que deriva. Al mencionar esta estrategia surge el relacionarla con la idea de irreverencia de Cecchin (cfr. pág.38), no planteada en términos de oposición por supuesto, sino más bien como una actitud en la que no cede a las creencias compartidas que plantean las personas o instituciones (Ej: el muchacho problema), una actitud de no fiarse de lo que se pide que haga por parte del estado, las instituciones o la clínica o centro de salud en el que trabaja, aquí el terapeuta al generar esta estrategia da muestras de que en ocasiones no sigue ciegamente al pie de la letra las instrucciones y procedimientos que se le solicitan en la atención de adolescentes.

Otra estrategia que utilizan los terapeutas es establecer un diálogo con otros profesionales para complementar los problemas de salud mental desde una mirada biomédica y desde una mirada sistémica, esto lo realizan mediante charlas grupales, reuniones clínicas o incluso en conversaciones “de pasillo”. Esto tiene directa relación con lo mencionado anteriormente de que resulta interesante el diálogo entre el modelo sistémico y el modelo biomédico, este punto lo desarrollaremos más adelante en la discusión final de éste estudio.

Otra dificultad mencionada por los terapeutas tiene relación con el tiempo en la terapia, esto se relaciona con el tiempo establecido para la atención psicoterapéutica es insuficiente para la calidad de atención de los terapeutas. Los terapeutas refieren tener treinta minutos para atención por paciente, lo cual refieren que es insuficiente para la atención. Frente a esta dificultad los terapeutas despliegan un conjunto de estrategias que describiremos a continuación.

Una de las estrategias que generan los terapeutas es optimizar el tiempo tomando una actitud más directiva en sesión, sin profundizar demasiado en algunos contenidos al inicio de la terapia debido a la falta de tiempo. Es interesante observar algunas similitudes de ésta propuesta con las de la terapia familiar breve de los años 60, el cual fue un modelo en el que probablemente influyó la situación económica y desde las altas demandas de salud mental post segunda guerra mundial. En esta terapia se estableció una duración del

tratamiento de diez sesiones, sin selección alguna de la patología, focalizando las intervenciones en el problema presentado, con técnicas activas y muy directivas. Es importante también mencionar que desde los planteamientos de este modelo, los problemas presentados en terapia son comprendidos como soluciones no efectivas para enfrentar las dificultades habituales de la vida (cfr. pág 28). Se hace mención a éste modelo debido a la actitud activa y directiva del terapeuta y una terapia focalizada en las soluciones más que en el problema, lo cual podría ser un modelo acorde a las estrategias planteadas por los terapeutas. .

Sin embargo, otro tipo de terapias como la terapia narrativa, en la que se divide en diferentes etapas y que tiene como primer objetivo la identificación de “discursos dominantes” asociados al malestar. Indudablemente, este tipo de formato terapéutico requiere de un tiempo mayor debido a que la identificación del discurso asociado al malestar probablemente sea un proceso que requiere tiempo, y treinta minutos probablemente sea insuficientes. Por lo tanto, no deja de llamar la atención que el tiempo de atención podría generar un contexto más cómodo para algunos modelos más que a otros, lo cual puede ser determinante para la aplicabilidad de modelos terapéuticos como la terapia narrativa en el contexto de atención primaria de salud.

Otras estrategias en relación al tiempo de la terapia como hablar con la jefatura para solicitar extensión horaria, citar por separado y responsabilizar al paciente sobre la puntualidad, sus principios probablemente ya han sido abordados en el transcurso de éste análisis.

VIII. SÍNTESIS Y REFLEXIONES

La inquietud inicial de esta investigación era la de “analizar las estrategias de los terapeutas sistémicos que trabajan con adolescentes en atención primaria, ante las dificultades en psicoterapia: un análisis desde el relato de los terapeutas”. En este sentido es posible señalar que la metodología otorgada por la teoría fundamentada ha posibilitado la identificación, descripción y análisis de las dificultades que presentan los terapeutas sistémicos que trabajan con adolescentes en atención primaria ante las dificultades en psicoterapia. Lo más importante es que éste objetivo ha posibilitado la identificación, descripción y análisis de las estrategias que generan los terapeutas sistémicos ante éstas dificultades en la terapia. Esto quiere decir que mediante la metodología utilizada en éste estudio se han logrado los objetivos propuestos en él.

Al reflexionar sobre el proceso de investigación se desea destacar algunas ideas. Antes que todo se piensa que identificar y describir las dificultades y las estrategias de los terapeutas sistémicos en atención primaria ante las dificultades en psicoterapia, efectivamente aporta a los objetivos de esta investigación ya que ha permitido comparar estos relatos con contenidos teóricos y con ello hemos podido enriquecer el análisis y generar reflexiones en el espacio existente entre la teoría y la práctica psicoterapéutica.

Respecto a los aportes de ésta investigación, resulta interesante observar como los cambios o eventos históricos y sociales han influido de alguna manera en la práctica de la psicoterapia. Esto por ejemplo lo podemos ver por ejemplo en Estados Unidos post segunda guerra mundial, donde los costos originados por la guerra generaron una tendencia a evitar la internación psiquiátrica e impulsaron otro tipos de intervenciones terapéuticas (cfr. pág 22).

Sin duda factores socioeconómicos generan un impacto en la psicoterapia. A nivel económico por ejemplo lo más probable es que la destinación de recursos para formación de los terapeutas a nivel de posgrado mediante becas u otros medios podría potenciar la

investigación en psicoterapia y la calidad de la práctica clínica aumentando así las posibilidades de intervención de los terapeutas.

En relación al ámbito social, como ya se ha mencionado en los antecedentes de ésta investigación es importante considerar los cambios demográficos en una población. Como ya se mencionó anteriormente, en Chile hoy en día existe un aumento de las familias monoparentales, una disminución de la natalidad, familias de padres del mismo sexo, familias en que ambos padres trabajan, tiempos de traslado en zonas urbanas, etc todos estos factores y otros más sin duda tienen un impacto en la práctica clínica como también se observó en el relato de los terapeutas participantes de este estudio.

Es importante mencionar estos elementos con el objeto de generar reflexiones acerca de cómo influyen variables del contexto macrosocial en la psicoterapia, es de esperar que se tomen en consideración al momento de hacer investigación en psicoterapia y para así poder tomar mejores decisiones por parte de los organismos encargados en salud mental en nuestro país.

Respecto de los aportes de esta investigación, parece importante comentar un hallazgo que es que en los relatos de los terapeutas entrevistados existen algunas dificultades y estrategias que si bien pueden ser más exclusivas de los modelos sistémicos de psicoterapia, existen otras dificultades que probablemente son transversales a todos los modelos teóricos.

Esto nos lleva a preguntarnos si las dificultades que hoy presentan los terapeutas son dificultades que provienen del modelo desde el cual operan, o quizás tiene que ver con algo más básico, con un problema común (box pequeños, ventilación, exceso de demanda, etc), esto nos hace pensar que en este momento quizás es difícil generar reflexiones acerca de las dificultades que puede tener un modelo en un contexto, cuando existen quizás dificultades a un nivel más básico que se sobreponen. Probablemente en la medida de que el Ministerio de salud u otra entidad encargada destine recursos que permita suplir estas dificultades a nivel más básico, probablemente los terapeutas podrán reflexionar o podrán pasar a ser figura otro tipo de dificultades y estrategias que estén más asociadas al modelo teórico con el cual operan en psicoterapia.

Frente a este fenómeno sin dudas aparecen algunas preguntas ¿efectivamente algunas de las dificultades y estrategias aquí descritas serán transversales a todos los modelos teóricos? ¿Qué tipo de dificultades y estrategias presentarán terapeutas que trabajen desde otros modelos teóricos? Estas preguntas surgen a partir de los resultados de ésta investigación, sería un muy buen aporte en el campo de investigación en psicoterapia que se generen estudios en el futuro que permitan analizar, discutir y contestar estas preguntas.

Un aspecto importante de destacar a partir de los relatos de los terapeutas en relación a las dificultades y estrategias en psicoterapia, es que sin duda se generan reflexiones acerca las complejas interacciones que tienen los modelos sistémicos con las instituciones de salud contemporáneas, que se encuentran bajo un modelo de salud que se maneja con normas y procedimientos propios desde un discurso propio relacionado a la enfermedad mental. Sin embargo, tal como lo plantean Boscolo y Bertrando (2004) en los 80 hubo una “dificultad en la convivencia entre la terapia sistémica y los sistemas sanitarios y sociales que requieren diagnósticos y normas, por lo que surge una necesidad futura de adaptación a esas situaciones” (cfr. pág. 24). A través de los relatos de los terapeutas se observa una intencionalidad precisamente de adaptación, una actitud de diálogo y flexibilidad hacia los requerimientos sanitarios del centro de salud inserto en éste modelo de salud integral, quizás con un intento de complementareidad entre ambos modelos.

Esto sin duda nos lleva a generar reflexiones a nivel teórico y práctico acerca del operar de los modelos sistémicos contemporáneos en el sistema de salud en Chile y preguntarse cómo están respondiendo a las demandas de salud de la población en este tipo de contextos. Esto sin duda que es una inquietud que no se puede responder con este estudio (por ser un objetivo ambicioso que excede los límites de esta investigación), pero que si quizás contribuye a establecer la pregunta.

Esta investigación sin duda podría ser un referente para futuras investigaciones en psicoterapia, quizás en el ámbito de las estrategias frente a las dificultades que pudieses experimentar los terapeutas sistémicos que trabajan con adolescentes en otro tipo de

contextos de atención, como por ejemplo en los niveles secundarios o terciarios de salud, contextos privados, judiciales, etc.

Un aporte interesante de ésta investigación sería en la aplicabilidad de éstos hallazgos en la práctica clínica, en docencia y en entrenamiento y formación de terapeutas, donde quizás no se consideran algunos elementos particulares de cada contexto de atención, lo cual puede llevar a generar un impacto en la práctica clínica.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abarzúa, M. & González, M. (2007). Salud Mental Infanto-Juvenil como problemática pública [versión electrónica]. *Revista de Psicología*, XVI (002), 79-95.
2. Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la Terapia Familiar, los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.
3. Boscolo, L. & Bertrando, P. (1996). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
4. Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu.
5. Burrows, R., Ceballos, X., Burgueño, M., y Muzzo, S. (2010). Tendencia del desarrollo puberal en escolares de la Región Metropolitana de Chile: Menor edad de presentación, mayor duración y dimorfismo sexual en la estatura. [versión electrónica]. *Revista Médica de Chile*, 138, 61-67.
6. Calventus, J. (2000). Acerca de la relación entre el fundamento epistemológico y el enfoque metodológico en la investigación social: la controversia cualitativo vs. cuantitativo. *Revista de Ciencias Sociales. Universidad José Santos Ossa*, 1 (2), 7-16.
7. Carrasco, E. (s/f). *Familia y Adolescencia*. Apuntes Curso Salud y Desarrollo del Adolescente. Módulo I: Lección 3. Universidad Católica de Chile. Extraído el 21 de Febrero de 2013, de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion03/M1L3Leccion.html>

8. Castilla, C. & Vicente, A. (2012). *Las intervenciones psicológicas son eficaces y rentables. Resolución de la APA*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos [INFOCOP], 59, 26-28. Extraído el 21 de Febrero de 2013, de <http://www.cop.es/infocop/pdf/2150.pdf>
9. Cavani, G. (2012). *Historia y modelos de terapia familiar*. Recuperado el 21 de Febrero de 2013, del sitio web de la Universidad Nacional Federico Villarreal: <http://terapiafamiliarsistemica.wordpress.com/2012/06/16/historia-y-modelos-de-terapia-familiar-sistemica/>
10. Cechhin, G., Lane, G. & Ray, W. (2002). *Irreverencia: una estrategia de supervisión para terapeutas*. Madrid: Paidós.
11. Codner, R., Unanue, N., Gaete, X., Barrera, A. Mook-Kanamori, D., Bazaes, R., Ávila, A. & Cassorla, F. (2004) Cronología del desarrollo puberal en niñas escolares de Santiago: relación con nivel socio-económico e índice de masa corporal. [versión electrónica]. *Revista Médica de Chile*, 132, 801-808.
12. Corbin, J. & Strauss, A. (2002). *Bases de la investigación cualitativa*. Colombia: Universidad de Antioquia.
13. Cornejo, C. (2005). Las dos culturas de/en la psicología. [versión electrónica]. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 14 (2), 189-208.
14. Correa, M., Zubarew, T., Valenzuela, M., Salas, F. (2012) Evaluación del programa Familias fuertes: amor y límites en familias con adolescentes de 10 a 14 años. [versión electrónica]. *Revista Médica de Chile*, 140, 726-731.

15. Devaud, N., Spotorno, A. (2004) Medicina evolutiva del desarrollo puberal. [versión electrónica]. *Revista chilena de Pediatría*, 75 (4), 373-378.
16. Donas, S. (2001) *Adolescencia y juventud en latinoamerica*. Costa Rica: Libro Universitario Regional.
17. Fernández, O., Herrera, P., Krause, M., Pérez, J., Valdés, N., Vilches, O. & Tomicic, A. (2012). Episodios de cambios y estancamiento en psicoterapia: características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. [versión electrónica]. *Revista Terapia Psicológica*, 30 (2), 5-22.
18. Flores, J. (2006) *Neuropsicología de los lóbulos frontales*. México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
19. Gaete, X., Unanue, N.; Ávila, A. & Cassorla, F. (2002). Cambios en la edad de inicio de la pubertad en niñas de la comuna de santiago: Implicancias para el diagnóstico de la pubertad precoz. [versión electrónica]. *Revista Chilena de Pediatría*. 73 (4), 363-368.
20. González, F. (2000). *Investigación cualitativa en psicología. Rumbos y desafíos*. México: International Thomson.
21. Herrera, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. [versión electrónica]. *Revista Cubana Pediatría*, 71 (1), 39-42.

22. Herrera, P., Fernández, O., Krause, M., Vilches, O., Valdés, N. & Dagnino, P. (2009). Revisión teórica y metodológica de las dificultades en psicoterapia: propuesta de un modelo ordenador. [versión electrónica]. *Revista Terapia Psicológica*, 27 (2), 169-179.
23. Hoffman, L. (1992). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Paidós
24. Instituto Nacional de Estadística INE. (2005). *Infancia y adolescencia en Chile. Censos 1992 – 2002*. Extraído el 21 de Febrero de 2013, de http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/infancia/infancia.php
25. Iñiguez, L. (2008). *El debate sobre metodología cualitativa vs. cuantitativa*. Recuperado el 21 de Febrero de 2013, del sitio web de la Universidad de Guadalajara:
http://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fpsicologiasocial.uab.es%2FInicio%2Findex.php%2Fdocumentos%2Fcategory%2F1-materiales%3Fdownload%3D7%3Ametodologia-cualitativa&ei=u_o3UYe8Du-40gH-tYHQBQ&usg=AFQjCNFCC-FGdPH2AFZEwSgfkHYJmj7INQ&bvm=bv.43287494,d.dmQ
26. Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Chile: Universidad Católica de Chile.
27. Krauskopof, D. (1999). El Desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. [versión electrónica]. *Revista Adolescencia y Salud*, 1(2), 23-31.

28. Ministerio de Salud de Chile MINSAL. (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Chile: MINSAL.
29. Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2009).
30. Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2011). *Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes. Orientaciones generales. Dirigida a los equipos de Atención Primaria*. Chile: MINSAL.
31. Ministerio de Salud de Chile MINSAL. (2012). *Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de acción 2012-2020. Nivel Primario de Atención*. Santiago. Extraído el 21 de Febrero de 2013, de <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>
32. Minoletti, A. & Zaccaria, A. (2005). Plan nacional de salud mental en Chile: 10 años de experiencia. [versión electrónica]. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 18 (4-5), 346-358.
33. Moncada, L. (2007). *Teorías subjetivas del cambio terapéutico desde la perspectiva de los terapeutas*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología. Universidad de Chile.
34. Montekio, V., Reyes, J. & Anik, M. (2011). Sistema de Salud de Chile. [versión electrónica]. *Revista de Salud Pública de México*, 53 (2), 132-143.

35. Montes, M. (2006). Terapia sistémica e institución pública: de la teoría a la práctica en la recogida de la demanda. [versión electrónica]. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26 (98), 83-96.
36. Morales, R. (2010). *Análisis interpretativo crítico en torno a los aspectos micropolíticos de los discursos de psicoterapeutas sistémicos respecto de la relación terapéutica*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica. Universidad Mayor.
37. Muzzo, S. (2007) Influencia de los factores ambientales en el tempo de la pubertad. [versión electrónica]. *Revista Chilena de Nutrición*, 34 (2), 96-104.
38. Organización Mundial de la Salud [OMS] (2010)
39. Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2005). *Psicología del Desarrollo*. México: Mc Graw Hill.
40. Páramo, M. (2008). *Adolescencia y psicoterapia: análisis de significados a través de grupos de discusión*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Universidad de Salamanca. España.
41. Páramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en adolescentes: análisis de contenido a través de grupos de discusión. [versión electrónica]. *Revista Terapia Psicológica*, 29, 1, 85-95.

42. Parra, A. (2005). *Familia y desarrollo adolescente: un estudio longitudinal sobre trayectorias evolutivas*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Universidad de Sevilla.
43. Pereira, R. (s/f). *Revisión histórica de la terapia familiar*. Extraído el 21 de Febrero de 2013 de,

http://www.robertopereiratercero.es/articulos/Revisi%C3%B3n_Hist%C3%B3rica_de_la_TF.pdf
44. Santibañez, P., Román, M., Lucero, C., Espinoza, A., Iribarra, D. & Muller, A. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. [versión electrónica]. *Revista Terapia Psicológica*, 26 (1), 89-98.
45. Santillano, I. (2009). La adolescencia: añejos debates y contemporáneas realidades. *Revista Ultima Década*, 17, 55-71. Extraído el 21 de Febrero de 2013, de

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22362009000200004&script=sci_arttext
46. Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa*. Colombia: Universidad de Antioquia.
47. Tembory, C. (2009). Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 11 (16), 127-142. Extraído el 21 de Febrero de 2013, de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322009000600002&script=sci_arttext
48. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2009).

49. Watzlawick, P., Beavin, B. & Jackson, D. (1997). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas* (Ed. 11). Barcelona: Herder.
50. White, M. (2002). *Escribir la vida. Entrevistas y ensayos*. España: Gedisa.
51. Zevallos, R. (1993). El enfoque sistémico en terapia familiar.[versión electrónica]. *Revista de Psicología Universidad Católica de Perú*, 11 (2), 171 - 177

ANEXOS

